

# Diagnóstico sobre la situación del derecho a la salud de comunidades, grupos huéspedes y sus familias en la Ciudad de México. Hacia una construcción de indicadores con enfoque de interculturalidad.



SECRETARÍA  
DE DESARROLLO RURAL Y EQUIDAD  
PARA LAS COMUNIDADES





## INFORME FINAL

### PROYECTO:

*Diagnóstico sobre la situación del derecho a la salud de comunidades, grupos huéspedes y sus familias en la Ciudad de México. Hacia una construcción de indicadores con enfoque de interculturalidad.*

Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social, INCIDE Social A.C.

1

---

### Equipo de investigación:

*Coordinadora del proyecto:* María Blanca López Arellano

*Investigadores:* Angélica González Vega

Heidi Marín Carrera

Edwing Arturo Solano Sánchez

Noviembre, 2013

**INICIATIVA CIUDADANA Y DESARROLLO SOCIAL, INCIDE SOCIAL, A.C.**

Hilario Pérez de León No. 80, Col. Niños Héroes de Chapultepec, Benito Juárez, México D. F., 03440  
Tel. y Fax.: 5590-87-54 E-mail.: [incide@incidesocial.org](mailto:incide@incidesocial.org), [incidesocialac@yahoo.com.mx](mailto:incidesocialac@yahoo.com.mx), Web: [www.incidesocial.org](http://www.incidesocial.org)

## CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	6
<b>OBJETIVOS</b> .....	8
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL EN MIGRACIÓN, SALUD E INTERCULTURALIDAD</b>	
<b>1. La Migración hacia un enfoque de interculturalidad</b> .....	9
<i>Tránsito y residencia de las personas migrantes</i> .....	11
<i>Personas refugiadas y personas con protección complementaria.</i> .....	12
<i>Personas migrantes que retornan a México</i> .....	17
<i>Personas migrantes en tránsito</i> .....	17
<b>2. El problema de la discriminación</b> .....	18
<i>Discriminación a extranjeros migrantes en México</i> .....	20
<i>Estigmas y estereotipos sobre las personas extranjeras</i> .....	23
<b>3. La salud en el contexto de la migración extranjera</b> .....	25
<i>El concepto de salud</i> .....	28
<i>Situación en Salud que presentan los migrantes extranjeros</i> .....	30
<b>4. El enfoque de salud intercultural para migrantes extranjeros</b> .....	32
<i>La importancia de los profesionales en salud para el desarrollo del enfoque Intercultural</i> .....	37
<i>La medicina tradicional como una opción primaria de atención en salud</i> .....	38
<b>5. El Sistema de Salud en México</b> .....	39
<i>Servicios de salud y niveles de atención</i> .....	42

## CAPITULO 2

<b>DERECHOS HUMANOS Y MARCO NORMATIVO</b> .....	45
<b>1. Definición del derecho a la salud</b> .....	46
<i>Contenido del derecho a la salud</i> .....	48
<i>Elementos esenciales del derecho a la salud</i> .....	49
<b>2. No discriminación e igualdad de trato</b> .....	52
<b>3. Obligaciones de los Estados parte</b> .....	52
<i>Ámbito nacional</i> .....	54
<i>Ámbito local</i> .....	57
<b>4. Ley de interculturalidad atención a migrantes y movilidad humana en el Distrito Federal</b> .....	57
<b>5. Ley de salud del Distrito Federal</b> .....	58
<b>6. Reglamento de la Ley de salud del Distrito Federal</b> .....	62
<b>7. Ley de salud mental del Distrito Federal</b> .....	62
<b>8. Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG)</b> .....	64
<b>9. Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal</b> .....	67

## CAPÍTULO 3

### METODOLOGÍA Y RESULTADOS

<b>1. Metodología</b> .....	69
<b>2. Resultados</b> .....	74
<b>CONCLUSIONES</b> .....	99
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	102
<b>FUENTES CONSULTADAS</b> .....	106
<b>ANEXOS</b> .....	110

## *Agradecimientos*

Queremos hacer un reconocimiento a la Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades, a través de la Dirección de Atención a Huéspedes, Migrantes y sus Familias por las facilidades que nos dieron para el buen desarrollo de este proyecto; asimismo, a la Secretaría de Salud del Distrito Federal por haber aceptado participar y colaborar en esta propuesta, pues nos permitieron el acceso a hospitales de segundo nivel para entrevistar a prestadores de servicios de salud. A los huéspedes, migrantes y sus familias de diferentes espacios, quienes acuden a solicitar algún servicio a SEDEREC. A los Albergues Tochán, y Cafemín, nuestra gratitud por haber compartido un trocito de su historia; a Sin Fronteras por su acompañamiento, y a quienes desde su experiencia abonaron para que este proyecto llegara a buen puerto.

## INTRODUCCIÓN

Según datos del Censo de Población y Vivienda 2010, México cuenta con 968,261 personas nacidas en otro país, de las cuales 74,187 habitan en el Distrito Federal con características culturales propias de su lugar de origen, representando un gran reto para que las políticas públicas cumplan con los estándares internacionales en materia de Derechos Humanos, como los establecidos en la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas.<sup>1</sup>

En este estudio nos enfocaremos en migrantes extranjeros, principalmente centroamericanos, donde según el Diagnóstico de Presencia e Inclusión de Comunidades y Grupos Huéspedes y sus Familias en la Ciudad de México (INEDIM 2012), los señala como una de las poblaciones con mayor vulnerabilidad, con menos acceso a los servicios básicos y dicha problemática debe ser visibilizada para ser superada por las autoridades locales.

5

---

En este sentido, en el primer capítulo se desarrolla un marco conceptual que define cómo los patrones de movilidad tienen implicaciones que originan discriminación y violencia hacia sus derechos elementales. Se analizan los diferentes tipos de condición migratoria que prevalecen en nuestro país, así como los escenarios que se presentan cuando la población migrante quiere acceder a condición de refugiado, los aspectos de orden jurídico que garantizan la protección de sus Derechos Humanos, las limitaciones de índole administrativo que no facilitan su estancia en el país, así como las restricciones normativas que no permiten que estas poblaciones ejerzan sus derechos y accedan a los servicios que les corresponden. Asimismo, nos acercamos a la comprensión de un derecho fundamental

---

<sup>1</sup>La Observación señala “Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.”

que es el de la salud desde un enfoque de interculturalidad, el cual nos permitió comprender la situación en la que se encuentra la población migrante extranjera en relación al acceso a los servicios de salud.

En el capítulo 2 se desarrolla el marco normativo en la materia, que será soporte para el análisis de la información, pues nos damos cuenta que, aunque se encuentra establecido en distintos instrumentos internacionales (como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales, etc.), regionales, nacionales (la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley de Migración, Ley Sobre Refugiados y Protección Complementaria) y locales (la Ley de Interculturalidad, atención a migrantes y movilidad humana en el Distrito Federal), frecuentemente este derecho fundamental es violentado.

En el tercer capítulo se presenta la metodología de la investigación y los resultados de una serie de entrevistas que se realizaron a migrantes que hayan usado el sistema de salud del Distrito Federal y a prestadores de servicios de salud, los cuales permiten dibujar el estado en el que se encuentran el acceso y el derecho a la salud de las personas migrantes en la Ciudad de México para, de esta manera, emitir las recomendaciones pertinentes, las cuales se enumeran el último capítulo.

La movilidad de estos grupos tiene implicaciones que perjudican su salud, ya que se encuentran expuestos a condiciones irregulares y de inseguridad, como el trabajo indocumentado, la explotación laboral, sexual y la trata de personas. Además, el percibir a las personas migrantes como portadores de enfermedades infecciosas y, por lo tanto, como no productivos en la comunidad, genera que sean sujetos de discriminación y malos tratos.

En cambio, si las comunidades recibieran atención oportuna, mejoraría su calidad de vida y su derecho al nivel más alto posible de salud sería respetado. Este es un paso importante

para avanzar en el camino de la inclusión, para construir una sociedad y una ciudad intercultural.

## JUSTIFICACIÓN

La Ciudad de México, siendo un lugar de tránsito, expulsor, receptor y de retorno de personas migrantes, ya sean huéspedes, familiares o residentes, tiene el reto de reconocer y salvaguardar sus derechos. Con ese propósito en el año 2011 se creó la *Ley de interculturalidad, atención a migrantes y movilidad humana en el Distrito Federal* para establecer el enfoque de interculturalidad en las políticas públicas.

El enfoque de interculturalidad promueve el trato igualitario, digno y libre de discriminación de la población, así como la garantía de sus Derechos Humanos, dónde las autoridades deben de adaptar sus políticas y acciones para atender a una sociedad diversa. Esto implica cambiar la manera de concebir y analizar la realidad para ofrecer nuevas lecturas sobre los derechos de las personas con una visión más amplia e incluyente. Para lograrlo se propone como primer paso estudiar la situación que guarda el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

Al ser la salud una pieza fundamental para el óptimo desarrollo físico y mental de las personas, es necesario estudiar y detectar si las y los migrantes tienen acceso a los servicios de salud disponibles de acuerdo a sus necesidades. Es así que este proyecto busca exponer si en el Distrito Federal se cumple con las obligaciones que establece la ley en la materia con un enfoque de interculturalidad, la cual aspira al reconocimiento, revaloración de conocimientos y prácticas de salud locales y su incorporación dentro de los sistemas de salud convencionales, para que esto sea tomado como una herramienta de los sistemas de salud y darles un enfoque más equitativo, inclusivo y participativo.

Este proyecto estudiará comparativamente dos aspectos concretos relacionados con el acceso al derecho a la salud en la población en estudio para cubrir los vacíos existentes. Por un lado se analizarán los mecanismos implementados por las instituciones y los programas (Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal, y Seguro Popular). Y por otro, se identificarán los problemas más comunes que intervienen en la accesibilidad, asequibilidad, calidad y adecuación cultural de los servicios otorgados por el sistema de salud del Distrito Federal.

El reto constituye que cada ciudadano, pueda tener acceso no sólo a los servicios de salud disponibles de acuerdo a sus necesidades, sino también que el servicio otorgado sea con un enfoque de interculturalidad.

## **OBJETIVO GENERAL**

Generar un diagnóstico sobre la situación del derecho a la salud de comunidades, grupos huéspedes, migrantes y sus familias en la Ciudad de México, para contribuir en la construcción de un sistema común de indicadores de interculturalidad.

### **Objetivos específicos**

- Analizar los mecanismos implementados por las instituciones y los programas (como Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal, Seguro Popular, entre otros) para el acceso a la salud, desde una perspectiva de interculturalidad.
- Identificar las condiciones que obstaculizan o benefician la prestación de los servicios de salud desde una perspectiva intercultural.
- Conocer las percepciones de las comunidades, grupos huéspedes y sus familias respecto al acceso, calidad y equidad de los servicios de salud.
- Que este escrito sirva como un documento de trabajo para que, más adelante, ayude a construir una batería de indicadores que permitan medir el cumplimiento del derecho a la salud de las comunidades, grupos huéspedes, migrantes y sus familias en la Ciudad de México desde un enfoque intercultural.

## Capítulo 1

### MARCO TEÓRICO–CONCEPTUAL

#### 1. La migración hacia un enfoque de interculturalidad

El territorio mexicano es reconocido como una nación pluricultural; en él coexiste una diversidad de culturas que se han construido históricamente a partir de lo propio pero también de lo ajeno. Su población es cada vez más heterogénea, en parte por los procesos de globalización que abrieron canales que aceleraron el tránsito de información que dieron pie a la vasta diversidad de ideas, pero también por la intensificación de los flujos de migración internacional.

La Ciudad de México es un ejemplo de ese crisol de identidades que cohabitan entre historias, lenguas, creencias, valores y tradiciones; multiplicidad de expresiones que se transmiten dentro y entre los grupos de una sociedad. Según datos del Censo de 2010 en el Distrito Federal habitan 74,187 personas nacidas en otro país y 123, 000 personas que hablan una lengua indígena (ENEGI, 2011:62), lo que ha significado un reto para la adopción de políticas que protejan las culturas de las personas migrantes y busquen su integración al cuerpo social. Generar políticas que tengan como base la interculturalidad, definida como “la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas adquiridas por medio del diálogo y de una actitud de respeto mutuo” (UNESCO, 2005:5), es indispensable para garantizar el acceso a los bienes y servicios para las personas, grupos y la sociedad en su conjunto.

En este sentido, en 2011 se expide, en el Distrito Federal, la *Ley de interculturalidad*<sup>2</sup> que reconoce la diversidad sociocultural de sus habitantes y posibilita la protección y respeto para conservar sus rasgos culturales, haciendo posible la interacción entre distintas

---

<sup>2</sup> Ley y reglamento de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad Humana en el Distrito Federal, Reflexiones. 2012, Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades.

sociedades y fomentando su participación para contribuir “con el paisaje cultural de la sociedad en la que están presentes” (ALDF, 2011:4).

Esta medida de recepción al extranjero lo reconoce como huésped, sin importar si proviene de cualquier parte de la República o fuera del país. Para el caso de las personas migrantes extranjeras, sean estos “migrantes económicos, transmigrantes, solicitantes de condición de refugiados (y sus núcleos familiares residentes en la Ciudad de México) la *Ley de interculturalidad* posibilita el libre transitar y gozar del marco de derechos y garantías constitucionales y locales, “así como el acceso al conjunto de programas y servicios otorgados por el Gobierno del Distrito Federal” (ALDF, 2011:2).

De acuerdo a la Ley de Migración, en México una persona migrante es aquel “individuo que sale, transita o llega al territorio de un Estado distinto al de su residencia por cualquier tipo de motivación”<sup>3</sup>. La estancia de la persona migrante extranjera se encuentra condicionada por la intención de entrada, sea ésta de residencia o alguna actividad que desarrollará en el país, o en atención a una solicitud de la condición de refugiado, como lo estipulan los tratados y convenios internacionales de los que es parte el Estado Mexicano.

La clasificación para distinguir a la población migrante nacida en territorio nacional, según el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI)<sup>4</sup> es: *inmigrante*, persona residente en la República Mexicana que proviene de otro país. También refiere a quienes residen en un municipio o delegación, o entidad federativa, diferente al de su origen. El migrante internacional, es la persona que cambió su lugar de residencia habitual de un país de origen a otro de destino; mientras que el *migrante interno*, solamente cambió de lugar de residencia habitual de un municipio o delegación, o entidad federativa. El *migrante de retorno*, nació en México y residió temporalmente en territorio internacional y ahora nuevamente radica en México.

<sup>3</sup> Ley de migración. Texto vigente. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de mayo de 2011

<sup>4</sup><http://www.inegi.org.mx/sistemas/glosario/default.aspx?ClvGlo=CPV2010&s=est&c=27432>

Para efectos de este estudio, podríamos entender a la migración como la llegada, el tránsito o la residencia habitual de cualquier persona o grupo de personas, desde un municipio o delegación, entidad federativa o país de origen, a otro de destino. Por su parte, definiremos a una *persona migrante extranjera* como aquella nacida fuera del territorio mexicano, que no tiene ascendencia mexicana directa de la madre o el padre y que carece de vínculo conyugal legalizado (matrimonio civil) con personas que tengan o hayan adquirido la nacionalidad.<sup>5</sup>

En México, las personas migrantes extranjeras que se encuentren en territorio nacional y que tengan su documentación regularizada o no, son titulares de todos los Derechos Humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales firmados y ratificados por México. En cuanto a la participación política de las personas extranjeras, ésta se encuentra restringida por el artículo 33 de la Constitución, y la Ley de Nacionalidad, aún en aquellas personas que hayan optado por la nacionalidad mexicana por medio de la naturalización.

### ***Tránsito y residencia de las personas migrantes***

Actualmente miles de migrantes extranjeros transitan y radican en territorio mexicano, aunque para muchos su estatus migratorio es irregular debido a que no han regularizado su permiso o porque no puedan obtenerlo. De acuerdo a la Ley de Migración, para quienes requieran ingresar, transitar o residir en territorio mexicano deberán solicitar en oficinas consulares<sup>6</sup> una visa que “acredita requisitos para una condición de estancia y autoriza al extranjero para presentarse en cualquier lugar destinado al tránsito internacional de personas y solicitar su ingreso al país en dicha condición de estancia, sin perjuicio de que

---

<sup>5</sup> Para quienes hayan contraído matrimonio civil con mexicanas o mexicanos, una vez registrados como mexicanos, “se le otorgan a sus hijos la posibilidad de adquirir una segunda nacionalidad, lo cual significa que ellos podrán vivir en cualquiera de los dos países, gozando de todos los derechos. Es decir, sus hijos podrán elegir en dónde quieren residir, estudiar o trabajar: en México ó en los Estados Unidos”. [http://consulmex.sre.gob.mx/anchorage/index.php?option=com\\_content&id=49:r](http://consulmex.sre.gob.mx/anchorage/index.php?option=com_content&id=49:r)

<sup>6</sup> La visa también se puede otorgar a través de medios y registros electrónicos pudiéndose denominar visa electrónica o virtual.

posteriormente obtenga una tarjeta de residencia”<sup>7</sup>. En el artículo 40 de ésta ley se señalan los diversos tipos visa que se emiten según el propósito de la estancia.

- I. *Visa de visitante sin permiso para realizar actividades remuneradas.* El extranjero podrá solicitar su ingreso y permanecer en territorio mexicano, con un plazo no mayor a ciento ochenta días.
- II. *Visa de visitante con permiso para realizar actividades remuneradas,* que autoriza al extranjero para realizar actividades remuneradas y permanecer en territorio mexicano, con un plazo no mayor a ciento ochenta días.
- III. *Visa de visitante para realizar trámites de adopción.* El extranjero vinculado con un proceso de adopción en México podrá solicitar su ingreso y permanecer en territorio mexicano, hasta cuando se hayan terminado todos los trámites legales, así como el registro civil y la expedición del pasaporte del infante adoptado.<sup>8</sup>
- IV. *Visa de residencia temporal,* el extranjero podrá solicitar su ingreso y permanecer en territorio mexicano con un plazo no mayor a cuatro años.
- V. *Visa de residente temporal estudiante,* el extranjero podrá solicitar su ingreso y permanecer y realizar actividades remuneradas en territorio mexicano por el tiempo que duren los estudios académicos.
- VI. *Visa de residencia permanente,* el extranjero podrá solicitar su ingreso y permanecer de manera indefinida

### ***Personas con la condición de refugiadas y personas con protección complementaria***

En materia de derecho de los refugiados, México se ha distinguido -históricamente- por ser un país que ampara a personas extranjeras que solicitan protección humanitaria debido a

---

<sup>7</sup> Ley de migración Última Reforma DOF 07-06-2013. Pp.15

<sup>8</sup> La expedición de esta autorización, sólo procederá respecto de ciudadanos de países con los que los Estados Unidos Mexicanos hayan suscrito algún convenio en la materia.

situaciones de persecución por conflictos armados o de violencia política y social en sus países de origen.

La atención a la población refugiada ha adquirido notoriedad en la agenda política nacional e internacional. El Estado mexicano ha asumido la obligación de “instrumentar el procedimiento para determinar el reconocimiento de la condición de refugiado” (Cobo y Fuerte, 2012: 16), a través de ratificación de instrumentos jurídicos internacionales, como: la *Convención de las Naciones Unidas sobre el estatuto de los refugiados*<sup>9</sup>, la *Convención sobre el estatuto de los apátridas*<sup>10</sup>, el *Protocolo sobre el estatuto de los refugiados*<sup>11</sup>. La Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR), fue creada por acuerdo presidencial en 1980, para atender diversos retos administrativos, jurídicos y de protección internacional<sup>12</sup>. Sin embargo, es hasta enero de 2011 cuando se promulgó la *Ley sobre Refugiados y Protección Complementaria (LRPC)*, otorgando rango constitucional al derecho de los refugiados: toda persona que debido a fundados temores de ser perseguido por motivos de raza, religión, nacionalidad, género, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas.

Por su parte, la protección complementaria es otorgada al extranjero que no haya sido reconocido con la condición de refugiado, pero no podrá ser devuelto al territorio de otro país donde su vida peligre o en donde existan razones fundadas para considerar que estaría en peligro de ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o

---

<sup>9</sup> Adoptada el 28 de julio de 1951 por la Conferencia de Plenipotenciarios sobre el estatuto de los refugiados y de los apátridas (Naciones Unidas), convocada por la Asamblea General en su resolución 429 (V), de 14 de diciembre de 1950. Entrada en vigor: 22 de abril de 1954, de conformidad con el artículo 43 general de Población

<sup>10</sup> Adoptada el 28 de septiembre de 1954 por una Conferencia de Plenipotenciarios convocada por el Consejo Económico y Social en su resolución 526 A (XVII), de 26 abril de 1954 Entrada en vigor: 6 de junio de 1960, de conformidad con el artículo 39

<sup>11</sup> Del Protocolo tomaron nota con aprobación el Consejo Económico y Social en su resolución 1186 (XLI), de 18 de noviembre de 1966, y la Asamblea General en su resolución 2198 (XXI), de 16 de diciembre de 1966. En la misma resolución, la Asamblea General pidió al Secretario General que transmitiera el texto del Protocolo a los Estados mencionados en su artículo V a fin de que pudieran adherirse al Protocolo. Entrada en vigor: 4 de octubre de 1967, de conformidad con el artículo VIII

<sup>12</sup> Justo en esos años se dio una entrada masiva de personas provenientes de Centroamérica que escapaban de conflictos armados de la región y buscan asilo político en México, principalmente por la violencia desatada en Guatemala.

degradantes.<sup>13</sup> Es de destacar que la LRPC otorga esta protección sin sanción alguna a quienes ingresen a territorio mexicano en condición irregular y hayan solicitado la condición de refugiado.<sup>14</sup>

Al extranjero con reconocimiento de refugiado también se le contempla la protección a la organización y el desarrollo de la familia, así como el interés superior de las niñas, niños y adolescentes.<sup>15</sup> La LRPC otorga asistencia institucional a las personas que requieran atención especial durante el procedimiento de solicitud de asilo, para ello se tomará en cuenta el contexto político y cultural de donde provengan y se hará énfasis en las mujeres embarazadas, infantes, personas adultas mayores, con discapacidad, enfermos crónicos, víctimas de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, de abuso sexual y violencia de género, de trata de personas o a cualquier otra persona que pudiese encontrarse en situación de vulnerabilidad de conformidad con las disposiciones jurídicas que resulten aplicables en cada materia.<sup>16</sup>

Cuando un solicitante en situación de vulnerabilidad haya sido admitido provisionalmente o se encuentre en alguna estación migratoria, la Secretaría de Relaciones Exteriores valorará las medidas que mejor favorezcan al solicitante, de conformidad con las circunstancias del caso. En el caso de niñas, niños y adolescentes deberá determinarse su interés superior.

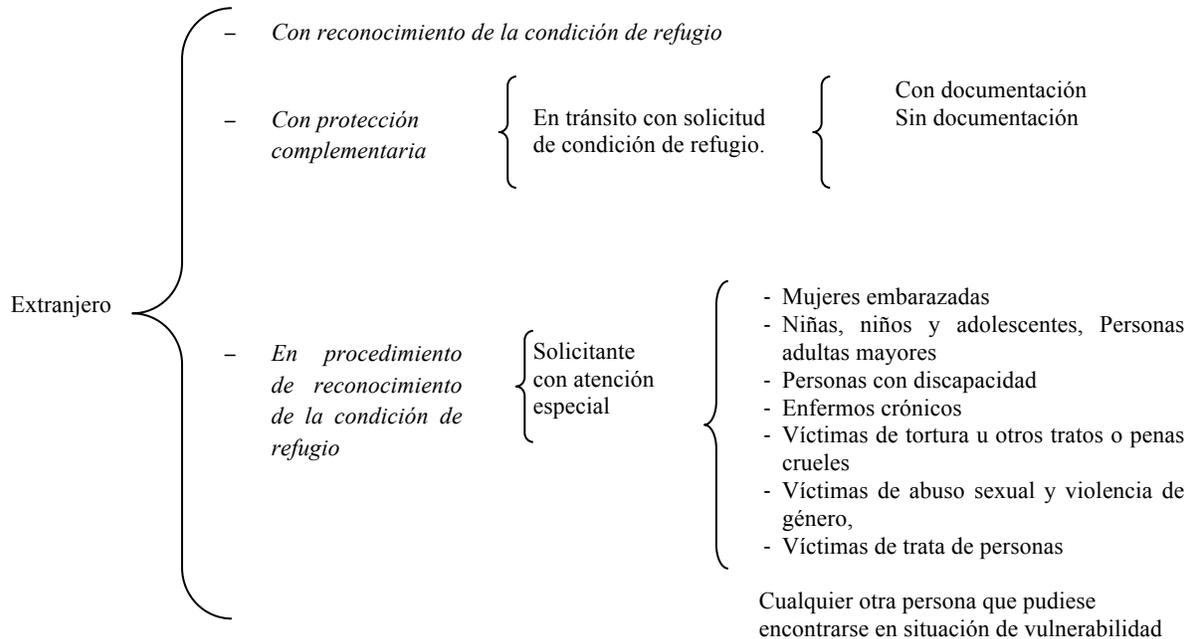
---

<sup>13</sup>Corresponde a la Secretaría de Gobernación por medio de la COMAR realizar este reconocimiento.

<sup>14</sup>Artículo 7 Ley sobre Refugiados y Protección Complementaria

<sup>15</sup>Artículo 9

<sup>16</sup>Artículo 20



Cuadro elaborado con base al contenido de la *Ley sobre Refugiados y Protección Complementaria*

Según datos de la Coordinación General de la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados, entre 2002 y 2011 se registraron 5 255 solicitudes de asilo (Cobo y Fuerte, 2011:20), de los cuales sólo el 23% (1 186) fueron reconocidos. Los principales países de origen de la población provienen de: Colombia (495 solicitudes, 218 reconocidos), El Salvador (677 solicitudes, 156 reconocidos), Honduras ( 772 solicitudes, 79 reconocidos), Eritrea (253 solicitudes, 69 reconocidos), Sri Lanka (130 solicitudes, 65 reconocidos), Guatemala (342 solicitudes, 56 reconocidos), Etiopía (253 solicitudes, 49 reconocidos), Somalia (91 solicitudes, 38 reconocidos), Nigeria (88 solicitudes, 36 reconocidos) e Irak (86 solicitudes, 35 reconocidos). Según datos del Observatorio de Migración Internacional, del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2012, 811 personas extranjeras solicitaron refugio, sólo el 30.0% (243) consiguieron la condición. Es en la Ciudad de México y sus municipios conurbanos (en el Estado de México) en donde hay mayor presencia de domicilios registrados de las personas refugiadas.

Actualmente, es relativamente poco lo que se conoce de los perfiles sociodemográficos de los refugiados y sus procesos de integración social en México. Estudios pioneros señalan que “en su mayoría, los refugiados cuentan con un documento migratorio. El proceso de naturalización tiene cierto predominio entre la población refugiada. Los refugiados en México están concentrados en zonas urbanas, y entre ellas destaca la Ciudad de México.”

La LRPC ha significado un avance en el marco jurídico mexicano para el cumplimiento de los derechos fundamentales frente a las intensas migraciones provocadas por desastres naturales, crisis económicas, violencia del crimen organizado y conflictos militares, y cumplir con los compromisos en materia de protección internacional de los refugiados. Es importante señalar que, irremediamente, se enfrentan dificultades en la interpretación de solicitudes para el reconocimiento de la condición de refugiado debido a los flujos migratorios mixtos en donde se encuentran personas con necesidades de protección, personas migrantes que optan por solicitar el reconocimiento de la condición de refugiado como vía para obtener su documentación migratoria, una vía para seguir su camino hacia Estados Unidos.

Cabe reiterar que la diferencia entre una persona migrante que sale de su país en busca de un mejor futuro y mejores condiciones económicas y un refugiado es que éstos salen principalmente para salvar su vida o libertad.

A pesar de esto, el Estado mexicano debe evitar cualquier interpretación discrecional y responder a las complejas necesidades de respeto a los Derechos Humanos de las personas solicitantes de la condición de refugiado y de seguridad y asistencia de quienes han sido reconocidas.

### ***Personas migrantes que retornan a México***

Hasta el 2007, había más de 10 millones de mexicanos viviendo en Estados Unidos, de éstos, alrededor de un millón son los llamados migrantes transnacionales, los que van y vienen de un lado a otro de la frontera de manera circular por ser jornaleros, decidir volver o haber sido deportados. Cualquiera que sea el caso, la migración circular supone una situación conflictiva para las familias, sobre todo para quienes tienen hijos nacidos en Estados Unidos y que en la llegada a México se insertan en un nuevo sistema social.

Hasta hace 10 años el perfil de las personas que retornaban a México era de hombres adultos, ahora es notorio que mujeres, niñas, niños y adolescentes participan en este flujo migratorio (Aguilar, 2010:2)

Entonces tenemos a estas personas descendientes de familias mexicanas que nacieron en territorio extranjero y que muy probablemente hayan adquirido esa nacionalidad. Lo que podría facilitar el regreso por adquirir la doble nacionalidad, por lo que podríamos pensar que es muy factible que el individuo pueda volver a ese país. Sin embargo, esta intención se puede ver mermada porque algún miembro de la familia tenga alguna condición de irregularidad

### ***Personas migrantes en tránsito***

México presenta una condición fundamental en el tránsito migratorio, principalmente de personas provenientes de Honduras, El Salvador y de Nicaragua que buscan llegar a los Estados Unidos de Norteamérica. A su vez, México es un país que recibe migrantes para trabajo jornalero, ejemplo de esto lo hallamos en el sur y sureste del país. La frontera norte de México se ha convertido en una de las fronteras más transitadas del mundo. Las condiciones en las que dichos flujos migratorios atraviesan nuestro país son complicadas debido a las condiciones de inseguridad que se traducen en secuestro, tráfico de personas,

extorsión, entre otras problemáticas y flagrantes violaciones a los Derechos Humanos. Por estas razones este tránsito es una situación declarada de drama humanitario.

A partir del descubrimiento de una fosa con 72 cuerpos en San Fernando, en el estado de Tamaulipas, hubo un “boom” de información acerca de esta población antes prácticamente invisible. La sociedad mexicana se entera que existen los migrantes centroamericanos pasando por México encima de un tren de carga en condiciones deplorables. Los medios se empiezan a involucrar y los Derechos Humanos de los migrantes, que aún son increíblemente vulnerados, empiezan a ser tema de debate público. Sin embargo, este interés súbito que se han dado sobre los migrantes no es suficiente, pues lejos está de haber evitado que se les vulnera de ninguna manera.

## 2. El problema de la discriminación

A partir del 10 junio de 2011, se publicaron importantes reformas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En el Artículo 1ro Constitucional, se reconoce que toda persona “goza” de los derechos y de los mecanismos de garantía reconocidos tanto por la Constitución como por los tratados internacionales. Se coloca a los Derechos Humanos como eje rector de la diplomacia mexicana, lo que implica profundizar y respetar los tratados internacionales de los que forma parte.

En la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, adoptada y proclamada en 1948, se estipula que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” (preámbulo). Para asegurar su protección legal se han creado organismos internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas, e instituciones nacionales que velan por el cumplimiento de esta obligación.

Los Derechos Humanos “son el conjunto de derechos y libertades fundamentales para el disfrute de la vida humana en condiciones de plena dignidad y se definen como intrínsecos a toda persona por el mero hecho de pertenecer al género humano” (OACNUDH, 2012:31). Estos norman o regulan de manera universal la protección de personas, grupos o poblaciones contra acciones sociales o institucionales y omisiones que obstaculicen las libertades, los derechos y la dignidad.

México ha celebrado acuerdos con otros Estados de manera libre que lo comprometen a cumplir con obligaciones del Derecho Internacional de los Derechos Humanos. En esta materia se han firmado y ratificado tratados internacionales que reconocen y garantizan los derechos que tiene toda persona migrante en virtud de su dignidad humana.

Es inaceptable el establecer un trato desigual en el goce y ejercicio de los derechos por la condición o estatus migratorio de las personas. En algunos países las personas migrantes carecen de derechos, principalmente porque el ser sujetos y titulares de los derechos está condicionado al estatus de la ciudadanía. Para hacer contrapeso a estas disposiciones, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos establece que los Estados deben respetar ciertos límites en el ejercicio de derechos (facultad de los Estados), siendo que sólo pueden llegar a restringir:

“algunos derechos muy específicos a las personas que no son ciudadanas o que han entrado de manera irregular al territorio. Lo que implica que la gran mayoría de derechos (vida, integridad personal, libertad de expresión, salud, educación, libertad religiosa, alimentación, entre otros) deben ser respetados independientemente de cuál sea el estatus migratorio de la persona, es decir, ya se encuentre de manera regular o irregular en el territorio” (OACNUDH, 2012:49) .

Respecto a los instrumentos y mecanismos de Derecho Internacional que protegen a las personas, a los no ciudadanos contra de cualquier acto de discriminación por motivos

origen étnico, “raza”<sup>17</sup>, como población de origen racializado.  
Racial, en su informe *Observaciones finales para la Eliminación de la Discriminación Racial en México*, expresó su preocupación por la discriminación racial estructural y la falta de información sobre el verdadero impacto y resultado en programas, planes y estrategias que dejan fuera a personas que han sido vulneradas por éste fenómeno. Y pide a los Estados parte que aseguren el adecuado cumplimiento en la práctica de los programas y medidas que se están llevando a cabo para la protección de los migrantes y sus derechos, e invita a “que incluya información en su próximo informe periódico sobre los progresos obtenidos en relación a la situación de los trabajadores migrantes en el Estado parte” (CERD /C/MEX/CO/16-17, 2012:6).

### ***Discriminación a extranjeros migrantes en México***

La no discriminación es un principio transversal en los Derechos Humanos que plantea que todas las personas, sin ningún tipo de trato diferenciado, deben gozar de todos los Derechos Humanos, independientemente de su estatus migratorio, ya sea regular o irregular. En la Observación general 15, sobre la situación de los extranjeros con arreglo al Pacto, todos los Estados parte deben velar por que se garanticen “todos y cada uno de los derechos reconocidos en el Pacto, sin discriminación entre nacionales y extranjeros” (OACNUDH, CCPR. 11/04/86). En el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se menciona que “todas las personas gozarán de los Derechos Humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte”, y se añade “queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional (...) tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.

---

<sup>17</sup> Colocamos entre comillas el término “raza” porque en la actualidad las teorías que invocan la superioridad de “razas” se encuentran superadas y diversos organismos internacionales han declarado que no existen poblaciones humanas caracterizadas por su pureza racial.

### *La discriminación entre particulares*

La discriminación social tiene como propósito la exclusión del *Otro*, tiene su base en ideologías o doctrinas de superioridad que pregonan sobre la diferencia étnica, religiosa, sexual, entre otras. Dar un trato de inferioridad o diferenciado a una persona o a un grupo de personas por el color de su piel, por su forma de pensar y por el estrato económico al que pertenece es una práctica común en las sociedades modernas.

En ocasiones la discriminación toma como plataforma ideológica al racismo, que incita a comportamientos constituidos por odio y menosprecio con respecto a personas que poseen características físicas bien definidas. En algunos lugares estos comportamientos no tienen relación con el color de la piel, sino con las diferencias culturales y es común que se apoyen en discursos científicistas que pregonan la existencia de las razas y la correspondencia entre las características físicas y su comportamiento social.

Es importante mencionar que la discriminación no es una práctica aislada o inherente al ser humano, en el proceso de segregación y exclusión se relacionan sentimientos y factores que influyen o presionan en la persona para que realice estas acciones.

Es el sentimiento de superioridad el que comúnmente se superpone frente a otros, como la pertenencia de clase, género y el color de piel, que son los que mayor influencia ejercen para diferenciarse del *Otro*. Éste podría ser la base para que las personas ejerzan prácticas discriminatorias como un método de segregación, marginación o exclusión. Una persona es A porque no es B ni mucho menos es C; una persona es B porque no es ni A o C; y una persona es C porque no es B o A. Es así como en las escalas de las diferencias los sentimientos de superioridad se convierten en la plataforma para el menosprecio, la burla y la subordinación.

Pero también existen factores –como la incertidumbre laboral, la escasez económica, la desigualdad en la impartición de la justicia y la violencia cotidiana– que presionan sobre las relaciones sociales para que se produzcan acciones que busquen herir, excluir o eliminar

la identidad de las personas, por lo que consideramos que no es solamente el miedo a la diferencia el único sentimiento que produce discriminación.

### *Discriminación institucionalizada*

El Estado mexicano ha tenido grandes avances en materia de no discriminación. En conjunto con instituciones, académicos y organismos de la sociedad civil se han sumado esfuerzos para visibilizar actitudes de discriminación que han afectado por décadas o siglos a poblaciones específicas. La *no discriminación* ha podido legitimarse como un principio de igualdad necesaria para regular las conductas segregacionistas de las personas; sin embargo, todavía queda mucho trabajo pendiente en cuanto a la identificación y eliminación de políticas que restringen o dificultan el acceso a los derechos.

Las prácticas de desigualdad de trato están orientadas por valores o creencias acerca de la naturaleza de los grupos, la aceptación de la distinción supone una serie de acuerdos normativos que indican el actuar en la sociedad. Es preocupante aceptar que estos acuerdos, a menudo explícitos, se encuentran soportados en los esquemas culturales o marcos de acción que confieren a la discriminación una *dimensión estructural o institucional* (Zepeda, 2011:22). En este sentido, si la discriminación se encuentra normalizada en la vida diaria, es por consiguiente inevitable que redunde en el ordenamiento jurídico y el sistema judicial de un país.

Estas prácticas regularizadas o estandarizadas niegan la existencia del *Otro* de manera sistemática y legitiman acciones que repercuten en el pleno ejercicio de los derechos ciudadanos y en la impartición equitativa de la justicia. Diversos organismos internacionales han comprobado que en varios países “la discriminación racial y étnica es moneda corriente en las administraciones nacionales de justicia penal” (ACNUDH, 2003:173).

### *Estigmas y estereotipos sobre las personas extranjeras*

Las percepciones que se tienen en México de la población migrantes extranjera pueden variar según el país de origen de donde provienen estas personas. El trato a una persona blanca, europea o norteamericana no suele ser el mismo que al de una persona morena o negra de países centroamericanos, suele darse mayor privilegio a las primeras. Esto significa que sigue primando en nuestro país una visión etnocéntrica que se manifestó en el proceso de construcción de la nación mexicana, orientada a la exclusión del indígena o africano.

Es común que en el proceso de rechazo de la persona (o grupo) se le asignen atributos negativos que desacreditan su condición identitaria, muchas veces producidos por mitos equívocos o por el desconocimiento. A estos atributos que generan el descrédito se les denomina estigmas o marcas, que permiten identificar los rasgos comunes del discurso visual o sonoro que comparte un individuo con un grupo o sociedad, colocándolo en casillas o categorías que dan pie a la formación de imágenes simplistas consensadas. Estas representaciones colectivas son conocidas como estereotipos.

Ejemplo de este proceso es que cuando una persona mira a una persona migrante extranjera, pone énfasis en sus atributos identitarios (rasgos físicos, la lengua, el tono voz, vestimenta y símbolos religiosos) que lo proveen de formas que le permiten categorizar y diferenciarlo de los demás.

El estereotipo que la sociedad mexicana ha creado del “extranjero” o “migrante” es una imagen simplista que generaliza y no contempla cada una de las particularidades étnicas del país de origen, ni la diversidad de sus lenguas y por ende de sus costumbres.

Los estereotipos son predecibles, populares y tranquilizadores porque sabemos cómo actuar ante ellos, lo que implica asunciones del tipo:

Migrantes:

“los migrantes son maras” “los migrantes son ilegales” “los migrantes son drogas”.

Extranjeros:

“las gringas o alemanas, o lo que sean, son bonitas” “es mejor lo extranjero que lo mexicano”

El estigma facilita la formulación de asociaciones como:

“los migrantes son pobres y vienen a quitar el trabajo” “los migrantes son maras salvatruchas y vienen a delinquir” o “los migrantes, pobre gente víctimas de la *bestia* y de la delincuencia”

Extranjeros:

“los extranjeros son bienvenidos a México” “el comercio de extranjeros es bueno para el progreso de México”

25

---

Al respecto podemos decir que a la persona migrante se le ha asignado una doble estigmatización; por un lado es victimario de las personas con las que se relaciona, pero por el otro es víctima del contexto y la sociedad que lo recibe; este tipo de asociaciones reproducen las relaciones de poder.

En la construcción de estereotipos sigue primando el sentimiento de “superioridad racial” que tenemos: mientras más blanco, mayor inclusión y mientras más oscuro, mayor segregación. Esas asociaciones no sólo están presentes en los comportamientos sociales, “sino que se inscriben en la manera de concebir, representar y narrar la sociedad” (Van Dijk, 1997). Los estereotipos negativos construidos sobre existencia de las razas influyen para que una sociedad organice su estructura social y coloque en niveles de superioridad o inferioridad según determinadas características físicas y culturales.

Ejemplo de este trato diferenciado basado en estereotipos de lo que se percibe como extranjero y migrante es que, en la *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010* (Enadis) se pregunta al total de la población “¿Estaría dispuesto o no a permitir que en su casa vivieran personas *extranjeras*?” y “¿Qué tanto se respetan o no se respetan los derechos de los *migrantes*?” Los resultados de la primera pregunta muestran que el 58% de las personas aceptarían vivir con una persona *extranjera*; lo que nos indica que hay aceptación hacia las personas con esta condición. En cambio, las respuestas de la segunda pregunta que refiere a *migrantes*, indican menor tolerancia hacia este sector de la población, ya que el 40% de población mexicana considera que no se respetan sus derechos.

### 3. La Salud en el contexto de la migración extranjera

Podemos darnos cuenta que el proceso migratorio representa un desafío de enormes magnitudes donde México tiene la obligación de proteger y garantizar los Derechos Humanos de las personas migrantes durante el tiempo que permanezcan en territorio nacional.

Para conocer y comprender la naturaleza del fenómeno de la migración y su relación con la salud es necesario comprender la diversidad cultural de la población que migra así como las concepciones propias de cada grupo: cada migrante trae consigo costumbres, lenguas, tradiciones y estilos de vida distintos. Debido a todo esto, las alternativas que utilizan para afrontar el proceso salud – enfermedad son diversas, se necesita de la interacción de eventos biológicos, sociales, ambientales, psicológicos, entre otros, siendo la interacción de estos factores los que determinan la salud de una población.

El proceso salud-enfermedad debe comprenderse como un “proceso histórico enmarcado en un contexto sociopolítico y cultural; en esta forma tienen que ser consideradas las diversas

formas de producción y reproducción de los bienes materiales e intelectuales en una sociedad específica. Los problemas de salud responden al lugar que las personas que los viven ocupan en la estructura productiva, a la diversas formas de producción y consumo que organizan la vida diaria; en este sentido no basta con mencionar que lo social determina las condiciones del proceso salud-enfermedad, es necesario considerar cómo lo social puede modificar lo biológico". (Laurell, 1986).

"El proceso salud-enfermedad es la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos la aparición de riesgos o potencialidades característicos, los cuales a su vez se manifiestan en la forma de perfiles o patrones de enfermedad o de salud" (Breilh y Laurell, 1982:83) Al respecto, Laurell nos dice que "es necesario construir el objeto de estudio desde una propuesta conceptual en donde se dé historicidad a lo biológico". (Laurell, 1994:5)

En este sentido, para el diseño y aplicación de políticas públicas en salud, es necesario conocer la cultura de las poblaciones a quienes van dirigidos los programas, pues los procesos de salud-enfermedad, reflejan y expresan las diversas formas en cómo una sociedad puede estar organizada. Las formas diversas en cómo se vive este proceso responde a la cosmovisión que organiza y norma la vida cotidiana de las colectividades en un contexto socio-político y cultural; de esta manera, las distintas formas en cómo una sociedad enfrenta esta dimensión de la vida, expresa la concepción que tiene de la vida y la muerte.

Asimismo, las diversas formas en cómo se enfrenta lo sano y lo enfermo se expresa en la práctica médica cuya definición se enmarca en el contexto cultural donde se practica. La práctica médica conlleva en sí misma las diversas cosmovisiones que definen la salud y la enfermedad; así como las metodologías a través de las cuales se llevan a cabo los procesos de sanación que alivian y reconfortan el cuerpo y el alma de las personas.

Al conocer y estudiar este proceso desde el tiempo y espacio de una sociedad diversa como son las y los migrantes, podemos buscar estrategias que las aborden y tendremos la posibilidad de recomendar acciones en salud, así como proponer sugerencias en la atención, para que el derecho a la salud de la población migrante extranjera no sea violentado.

De esta manera, el proceso llamado salud – enfermedad es el resultado de la interacción de factores que influyen en la salud individual y comunitaria, los cuales la OMS denomina “determinantes de salud”, definiéndolos como un “Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones”<sup>18</sup>. Para su mejor comprensión, Lalonde (1974) los divide en 4 categorías:

- *Biología humana*: se refiere al estudio de características no modificables en el individuo que se desarrollan de manera natural, como es la genética y el envejecimiento.
- *Medio ambiente*: el cual es dividido en físico y social, en este último la pobreza, el desempleo y el nivel cultural tienen una alta influencia en el desarrollo del proceso salud-enfermedad en las y los migrantes.
- *Estilos de vida*: al tener el ser humano una relación directa con la cultura, la educación recibida, creencias y costumbres, éstas deben ser tomadas en cuenta en la población migrante extranjera.
- *Sistema de asistencia sanitaria*: donde el gobierno debe de proveer, desde un sentido de no discriminación.

Al considerar los estilos de vida (formas de concebir lo sano y lo enfermo, sistema de creencias y valores, cosmovisión, normas) podemos reflexionar sobre los elementos que influyen para que la población migrante decida dirigirse a los servicios de salud públicos

---

<sup>18</sup> Glosario, OMS (1998)

que ofrece el gobierno del Distrito Federal o en su caso, conocer las circunstancias por las que prefieren otras opciones en salud, tomando en cuenta sus condiciones de vida, el poder adquisitivo con que cuentan y la pobreza a la que se enfrentan, sin dejar de lado las ideas propias de su cultura, entre otras.

Finalmente, el resultado de la interacción equitativa de estas cuatro categorías nos permite el desarrollo óptimo del derecho a la salud, resultando en muchas ocasiones utópica para los migrantes extranjeros por sus características de diversidad, ya que están en continuo estado de adaptación al medio natural, social, económico y cultural.

### ***El concepto de salud***

Hablamos de salud con tal naturalidad que muchas veces olvidamos que debe ser tomado desde una visión holística e integral. Su definición y concepción puede variar según el área de estudio y por esta razón es importante definirla y conceptualizarla. Comenzando por la salud desde el punto de vista biológico, ésta es definida como un equilibrio inestable del ser humano, de su organismo biológico y de su cuerpo (entendido éste como las representaciones del mismo), en relación con factores biológicos, medio ambientales, socioculturales y simbólicos, que permiten a cada ser humano, además de crecer, potenciar sus posibilidades en función de sus propios intereses y de la sociedad en la cual se encuentra inmerso<sup>19</sup>.

Aunque resulta complejo el discurso sobre la definición de salud, este primer concepto comienza a incluir aspectos externos que influyen para un óptimo desarrollo del organismo. Si bien las percepciones varían según el tiempo y la diversidad de etnias, resulta complicado manejar una noción que cumpla con la interacción de múltiples factores sociales, económicos, políticos, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales. Es por

---

<sup>19</sup> Orozco Africano Julio Mario, Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena 2006, USAID.

esto que, para migrantes extranjeros, tendremos en cuenta el concepto biológico antes planteado y se complementará con el emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la define como: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>20</sup> Es el concepto de salud más aceptado y representativo, el cual generó un importante avance, por estar centrado en la salud del individuo considerándolo como un ser bio psicosocial y no sólo la ausencia de enfermedades.

De acuerdo con las definiciones antes planteadas, los servicios de salud deben tener en cuenta la relación de múltiples factores para alcanzar el más alto grado de salud en la población migrante extranjera; la medicina tiene divisiones para facilitar el tratamiento de los problemas de salud que presentan las poblaciones, las cuales pueden generar subdivisiones para problemas específicos que se presenten.

Comenzando por la **salud física**, que los profesionales en salud definen como la condición en la que se encuentra el cuerpo, consiste en el buen funcionamiento fisiológico del organismo es decir, que cuando las funciones físicas se desarrollan de manera normal, somos aptos y estamos dispuestos físicamente para la actividad mecánica y el trabajo. De esta forma, con una buena salud física pueden afrontar los desafíos de empleo que se les presentan, donde según estudios las y los migrantes centroamericanos son muchas veces explotados laboralmente o violentados sexualmente, afectando su salud física, sin olvidar la relación con la salud mental que es la segunda área primordial para tener en cuenta por parte de los servicios de salud y de los que ahí laboran.

La llamada **salud mental**, la cual ha sido desatendida o no tomada en cuenta con la seriedad que representa, se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es

---

<sup>20</sup>La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of The World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.<sup>21</sup>

Aunque la salud mental puede tener causas de carácter biológico, sobre todo genéticas como es el caso de la esquizofrenia, su origen es multifactorial. Un buen estado de salud mental busca el equilibrio emocional y la capacidad de adaptación a las circunstancias que se presentan en la vida diaria. Los migrantes extranjeros, y sobre todo los centroamericanos al ser una población altamente vulnerable, se enfrentan a situaciones de discriminación y violencias que aumentan considerablemente los riesgos de sufrir enfermedades psicológicas como miedos, angustias, ataques de pánico, depresiones, estrés, que sumados con factores externos como las condiciones de pobreza, la inequidad de género o la exclusión social, merman el estado de salud del individuo que, al no ser diagnosticadas y tratadas correctamente, su desenlace puede ser la muerte.<sup>8</sup>

Por último, definiremos a la **salud social** como la habilidad de construir relaciones positivas y constructivas con individuos -redes sociales- y tener la capacidad de relacionarse y adaptarse al entorno que lo rodea. Para ello, el gobierno y la sociedad tienen responsabilidades compartidas: el gobierno ofreciendo a los ciudadanos igualdad de oportunidades, acceso a los bienes y servicios libres de discriminación y con calidad, mientras que a las y los migrantes extranjeros les corresponde informarse y exigir sus derechos primordiales.

### ***Situación de salud que presentan los migrantes extranjeros***

Al hablar de migrantes extranjeros, tenemos que abordar sus condiciones de vida, analizando las causas que originan que se desplacen de sus lugares de origen en condiciones precarias, dejando atrás territorio, familia, tradiciones, cultura y aceptando costumbres que no responden a su cosmovisión. Por esta razón, las poblaciones migrantes

---

<sup>21</sup>OMS, nota descriptiva N 220 septiembre de 2010.

requieren de programas derivados de políticas públicas que los consideren como seres humanos con derecho a una vida digna y sin discriminación; en este sentido es que se inserta el derecho a acceder a los servicios de salud.

Existen enfermedades mundiales que van en aumento y deben ser tratadas como temas prioritarios, pero no debemos olvidar los determinantes en salud que pueden influir de manera directa en el proceso salud-enfermedad, y donde las características ambientales, culturales, políticas y económicas de un país modifican las tasas de incidencia de las enfermedades de forma considerable.

Si comparamos las enfermedades principales entre México y Centroamérica, podremos darnos cuenta que tienen similitudes, pero también diferencias. Entre las semejanzas se encuentran el aumento en ambas poblaciones de la presencia de enfermedades crónico-degenerativas que destacan por los graves daños que producen a quienes lo padecen; entre ellas se encuentran la diabetes mellitus, hipertensión, cáncer y obesidad.

32

Refiriéndonos a las diferencias de padecimientos, podemos hablar que las enfermedades tropicales continúan siendo un problema social en Centroamérica, debido a los factores ambientales y a las constantes lluvias se presentan enfermedades como la malaria, dengue y Chagas y, aunque en México va en aumento el número de casos, tienen mayor incidencia en zonas tropicales y raramente en el centro del país.<sup>22,23</sup>

### *La Salud en los migrantes en tránsito*

Durante el tránsito, el estado de salud de esta población suele ser estable, pero con tendencias al deterioro sobre todo por infecciones en vías respiratorias y laceraciones en los pies, provocadas por las caminatas que recorren durante su viaje. Según profesionales

<sup>22</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS), Programa Regional del Dengue. Situación epidemiológica del dengue en Centro America, julio, 2013

<sup>23</sup> <http://www.elheraldo.hn/Secciones-Principales/Pais/Nueve-enfermedades-infecciosas-se-encuentran-desatendidas-en-Honduras>

de salud de la organización *Médicos sin Fronteras*, los eventos traumáticos que son consecuencia de la naturaleza del viaje, comúnmente son:

“fracturas por intentar saltar el tren o al intentar tomarlo y casos de salud mental por el mismo estrés que causa el viaje [...] Las agresiones físicas ellos (los migrantes) las refieren por parte de la seguridad del ferrocarril que impiden que aborden al tren, por el crimen organizado y en ocasiones por la agresión de las mismas personas migrantes”<sup>24</sup>.

Es recurrente la asistencia médica por personal que labora en los albergues para migrantes, en caso de que la enfermedad se agrave los canalizan a los centros de salud. “Por lo general es la Cruz Roja, a través de sus consultorios y dispensarios médicos en las regiones de tránsito, la institución que brinda servicio generalizado de bajo costo y sin exigir documentos a quienes lo solicitan” (Conapred, 2012). También existen organizaciones, como *Médicos sin Fronteras*, que brindan asistencia médica a la población migrante local y a quienes transita por México<sup>25</sup>, sin olvidar que en situaciones de extrema urgencia se elaboran campañas de salud por parte de la Secretaría de Salud o por personal de protección civil.

#### **4. El enfoque de salud intercultural para migrantes extranjeros**

*Antes yo creía que había que tratar a la gente como yo quisiera que me traten a mí, pero con el enfoque intercultural ahora entiendo que no se trata de eso, sino tratar a los demás.... como ellos desean que los traten a ellos*  
*Roger Borges Arceo. Promotor yucateco*

La presencia de población migrante en territorio nacional trae consigo una gama de posibilidades a tener en cuenta por la riqueza cultural de sus prácticas ancestrales en

---

<sup>24</sup>Entrevista realizada a personal de la organización Médicos sin fronteras. Puente de independencia, Tultitlán, Estado de México, 15 de Julio de 2012. Entrevista realizada por Edwing Solano.

<sup>25</sup> <http://quemassabesde.msf.mx/>

materia de salud; sin embargo, esta población en ocasiones es vista como portadora de enfermedades, generando discriminación y violación a su derecho a la salud, presentándose barreras que muchas veces no permiten el acceso a los servicios que requieren y la calidad que corresponde.

Esta riqueza cultural hace imperante que el concepto de salud sea visto con un enfoque intercultural. La interculturalidad se define como un proceso de comunicación e interacción respetuosa entre culturas que, como el Dr. Córdova Villalobos menciona, se nutre de una doble característica: los derechos fundamentales de los pueblos migrantes y el derecho de los pueblos del país huésped, al respeto y la tolerancia hacia sus modos de entender la vida.<sup>26</sup>

La interculturalidad en salud debe entenderse como la capacidad que el personal de salud tiene para actuar equilibradamente ante conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes en el desarrollo del proceso salud-enfermedad.

Teniendo clara la definición de interculturalidad y todos los factores que se ven involucrados, podemos ahora referirnos a la salud y, específicamente, a la accesibilidad a los servicios de salud y cómo podemos definir **salud intercultural** para lograr alcanzar los objetivos planteados.

La salud intercultural implica cuatro principios básicos:

- Reconocimiento de la diversidad cultural
- Relaciones equitativas
- Respeto a las diferencias
- Enriquecimiento mutuo.

---

<sup>26</sup> Tomado del libro elaborado por la Secretaría de Salud, Interculturalidad y salud, Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. 2ª. Edición, México D.F. 2009

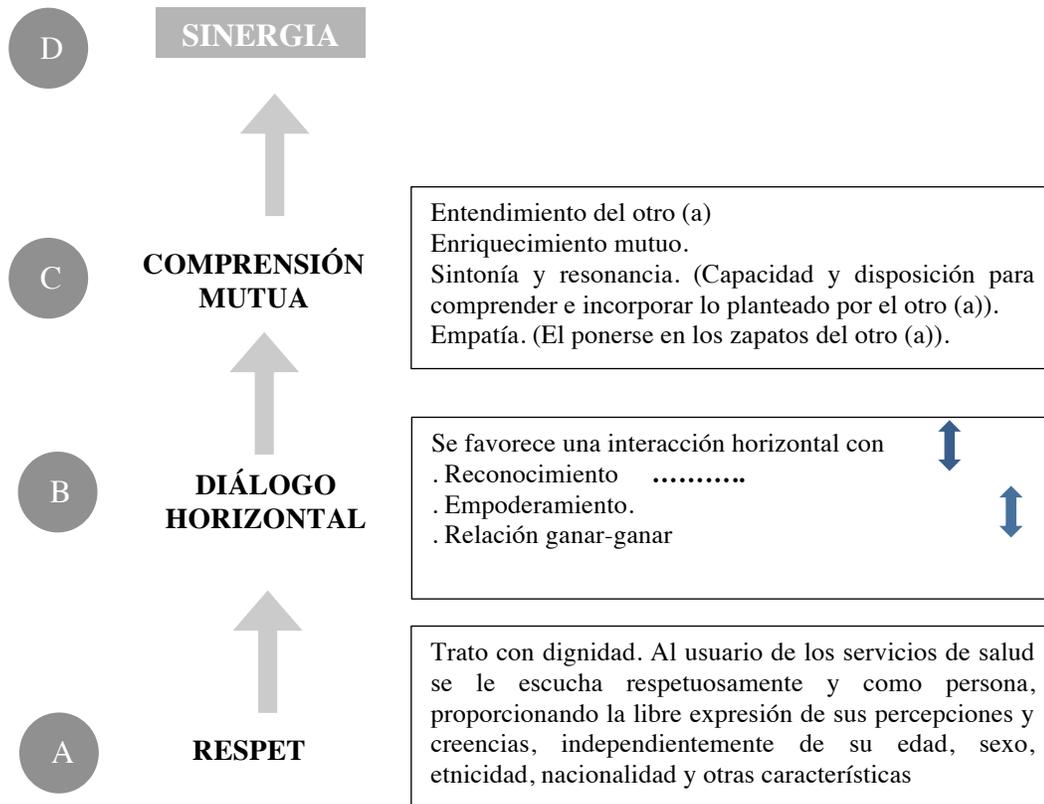
Tomando en cuenta estos principios, la interculturalidad en salud propone la participación activa de los diferentes actores sociales de la salud, considerando no sólo la relación entre las personas, sino los recursos físicos, terapéuticos y los aspectos administrativos y de dirección. Se debe lograr una relación entre iguales, donde se reconozca a ambas partes con derecho y respeto, desarrollando formas de interacción por medio de la generación de nuevos canales de comunicación, para finalmente promover confianza, libertad, alegría y seguridad por parte de las instituciones y de las y los usuarios del servicio de salud, en este caso, migrantes extranjeros.<sup>10</sup>

El lograr la comunicación y respeto de las y los migrantes extranjeros, principalmente centroamericanos, a sus creencias y costumbres, le permitirá a las instituciones de salud brindar la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos y creencias, es decir, como primer paso, escuchar al paciente y si éste tiene una creencia acerca de su malestar, no forzarlo a que crea que su malestar es a causa de esa creencia, sino hablar con él y decirle que la medicina también ayuda a reducir el malestar, de tal forma podremos construir una relación médico- paciente de mayor calidad.

El siguiente esquema nos ayuda a simplificar el proceso de interculturalidad en salud. Se realiza desde diferentes niveles de competencias: El primero (A), inicia con relaciones de respeto, lo que facilita la comunicación; el nivel (B) fomenta la confianza y el empoderamiento, resultando un dialogo horizontal, mientras que con el (C) se pretende lograr la empatía y el “ponerse en los zapatos del otro” para, finalmente, llegar al último nivel (D) donde se valora la diversidad y se busca sumar todos los niveles anteriores, generando resultados con un enfoque de interculturalidad en salud potencializados.<sup>27</sup>

**P** \_\_\_\_\_  
**R** Secretaría de Salud, Interculturalidad y salud, Experiencias  
**O** 2009 D.F. 2009

Al resolver un problema desde enfoques diversos, se encuentran con resultados y soluciones que difícilmente se conseguirían de manera independiente.  
En este nivel la diversidad se valora como oportunidad



Fuente: Adaptado del libro de la Secretaría de Salud, Interculturalidad y salud, Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. 2ª. Edición, México D.F. 2009.

Uno de los indicadores para analizar que los servicios de salud otorgados se lleven a cabo con un enfoque de interculturalidad es la calidad a la atención médica. Detrás del término "calidad" se ocultan muchos conceptos, donde confluyen derechos y deberes de los actores que intervienen.

Para comprender el término de calidad en los servicios de salud, retomaremos el concepto de Myers y Slee, como el grado en que se cumplen las normas en relación con el mayor grado de conocimiento sanitario existente, con el cual los servicios de salud mejoran la posibilidad de lograr resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales.

En el sector salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario con relación a la calidad del servicio, éstas son: *Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia*. Cuando la prestación de servicios se realiza con **equidad**, estamos refiriéndonos a apoyar a personas en situación de vulnerabilidad, garantizándoles la accesibilidad; con **eficacia**, por medio de metodologías y tecnologías adecuadas; la **efectividad** es para alcanzar la cobertura e impacto adecuados y, finalmente, con **eficiencia**, que nos habla del rendimiento y costos acordes al nivel económico de la población. Cumpliéndose estos cuatro puntos podemos decir sin duda que esto constituye la calidad de los servicios de salud.<sup>28</sup>

Si los servicios prestados en salud llevaran a cabo de manera cotidiana estos principios en el ejercicio de su profesión médica, los usuarios podrían contar con un trato digno y la percepción de la atención sería positiva. Es necesario estudiar en la población migrante extranjera cómo se desarrollan estos principios y su relación con el derecho a la salud.

Para concluir, con el término calidad existen varios puntos que deben ser tomados en cuenta. En primera instancia, la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención; en segundo lugar, ésta no constituye un término absoluto sino que es un proceso de mejoramiento continuo. Como tercer punto, debe ser una cualidad objetivable y medible y, por último, no depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la organización.

### ***La importancia de los profesionales en salud para el desarrollo del enfoque intercultural***

Un derecho por parte de la población migrante es que se les proporcione servicios de salud desde un enfoque intercultural, tomando a la salud de forma incluyente, con diversas

---

<sup>28</sup> Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Calidad de los Servicios de Salud. Williams, Guillermo. Director programas y servicios de atención a la salud. MSAS

visiones sobre la sociedad a la que se ofrece el servicio, sin olvidar la búsqueda de igualdad hacia un trato digno y libre de discriminación. Para lograr este objetivo es necesario tener en cuenta la participación activa de los *profesionales de la salud*, como son médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos y administrativos, por ser de los primeros acercamientos al acceso y a la atención de la salud.

Refiriéndonos específicamente a la relación médico-paciente se sabe que puede tornarse compleja por diversas razones, entre las principales es que el servidor de salud no suele estar preparado para el contexto cultural en el que labora, provocando muchas veces, de forma inconsciente, situaciones de discriminación, sobre todo racial siendo la población migrante centroamericana de las más vulnerables.

El enfoque intercultural que se presenta tanto en las instituciones de salud por la falta de establecimientos culturalmente aceptables, así como de los profesionales involucrados en cualquier área de la salud generan barreras que se manifiestan en falta de confianza de los migrantes centroamericanos, siendo ésta una razón por la cual no acuden a las instituciones como primera opción para su revisión. Si a esto sumamos las creencias y costumbres propias de su origen étnico, se genera que busquen otras opciones para el diagnóstico y tratamiento de sus enfermedades, como consejos de salud de sus redes sociales, (amigos, vecinos, familiares, etc.), farmacias con servicios médicos que últimamente se han distribuido en todo el país (farmacias similares, farmacias del ahorro, entre otras) o la medicina tradicional.

### ***La medicina tradicional como una opción primaria de atención en salud.***

La medicina tradicional se encuentra orientada por factores culturales, religiosos y sociales, y sus conocimientos se han transmitido de una generación a otra para preservar la vida y permitir el desarrollo de la propia cultura. Al analizar los factores culturales podemos

darnos cuenta de que el conocerlos y respetarlos es la base del enfoque de interculturalidad: si son respetados, éstos representan un motivo de confianza para los usuarios.

Siendo la medicina tradicional un recurso utilizado por migrantes extranjeros y centroamericanos -ya que muchos de ellos son indígenas o vienen de regiones con creencias y costumbres diferentes a la medicina que ofrecen los servicios de salud- la definiremos como “la concreción de un cúmulo de saberes en torno a la salud y enfermedad que los pueblos indígenas de nuestro país han acopiado y organizado a lo largo de milenios”<sup>29</sup> No debemos olvidar el contexto histórico que México presenta antes de la conquista de los españoles, los prehispánicos curaban por medio de sacerdotes indígenas, los cuales fueron en su mayoría asesinados aunque, gracias a la tradición oral, el conocimiento se conserva y con el paso del tiempo se fue enriqueciendo con elementos de otras culturas formando parte de las tradiciones no sólo de los pueblos mexicanos, sino de los países centroamericanos.

La población migrante centroamericana recurre a otras opciones para el tratamiento de sus enfermedades por varias razones. Primero, por el bajo costo que representa; en segundo lugar debido a la diversidad étnica, ya que estos servicios pueden recordarles su identidad cultural original. Ya sea como primera opción o como una alternativa cuando el tratamiento médico no le dio resultado, uno al que acuden es el comúnmente llamado “curandero” el cual, dentro de la medicina tradicional, utiliza métodos de diagnóstico tomados desde su cosmovisión, curando con la interacción de elementos de la naturaleza, las divinidades y otros, dependiendo la cultura, los cuales para ellos tienen una explicación lógica; además, se presenta preparado para utilizar masajes, herbolaria y partes de animales. Aunado a esto, el curandero trabaja en el domicilio del paciente o en una casa habitación, dichas características generan un ambiente de confianza. En el lado contrario, el médico científico

---

<sup>29</sup> Secretaría de Salud, *Interculturalidad en salud. Experiencia y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. México D.F. 2009

usa materiales e infraestructura que puede llegar a asustar a los pacientes por la falta de información clara, además del alto precio.<sup>38</sup>

Además, al ser Centroamérica una población religiosa casi en su totalidad, los factores para el proceso salud-enfermedad pueden ser manejados desde el ámbito de lo divino y sagrado, tratados por el llamado **terapeuta religioso**, el cual sirve de intermediario entre los creyentes y la divinidad, teniendo como visión la curación por la fe<sup>30</sup>, la cual representa otra alternativa muy utilizada en la población indígena y migrante.

## 5. El Sistema de Salud en México

Teniendo como tema central el derecho a la salud, es necesario conocer qué es un sistema de salud y cómo se encuentra constituido, de esta forma tendremos las herramientas necesarias para visualizar dónde y cómo es atendida la población migrante extranjera.

Es conveniente iniciar con la definición de sistema para comprender su aplicación en salud. Del latín *systema*, proveniente del griego *σύστημα*, un sistema es un módulo ordenado de elementos que se encuentran interrelacionados y que interactúan entre sí. El concepto se utiliza tanto para definir a un conjunto de conceptos como a objetos reales dotados de organización. Podemos plantear que un sistema de salud es un conjunto ordenado de instituciones, personas, legislación y procedimientos que articuladamente confluyen a un objetivo: un mejor nivel de salud de una comunidad determinada. Ahora se conoce al sistema de salud con el nombre de sistema de servicios de salud.<sup>31</sup>

El sistema mexicano de salud ofrece beneficios diversos dependiendo de la población de que se trate. Para conocer los programas existentes y las instituciones presentes en el Distrito Federal para la atención a la salud, y de esta forma analizar si cumplen con las características específicas que requieren los migrantes extranjeros, es necesario describir al

<sup>30</sup>Ramírez Torres J. L., *Enfermedad y religión*, UAEM, Toluca, México, 2007

<sup>31</sup>Maya Mejía JM. Capítulo 2. Sistemas de servicios de salud. En: *Fundamentos de salud pública tomo II (administración De la salud pública.*, 1ª edición. Editores: Blanco Restrepo H. & Maya Mejía JM. Medellín, 2003.

sistema de salud de México el cual está compuesto por dos sectores: público y privado. El siguiente esquema nos ayudará a entender cómo se encuentra constituido el sistema de salud en México.

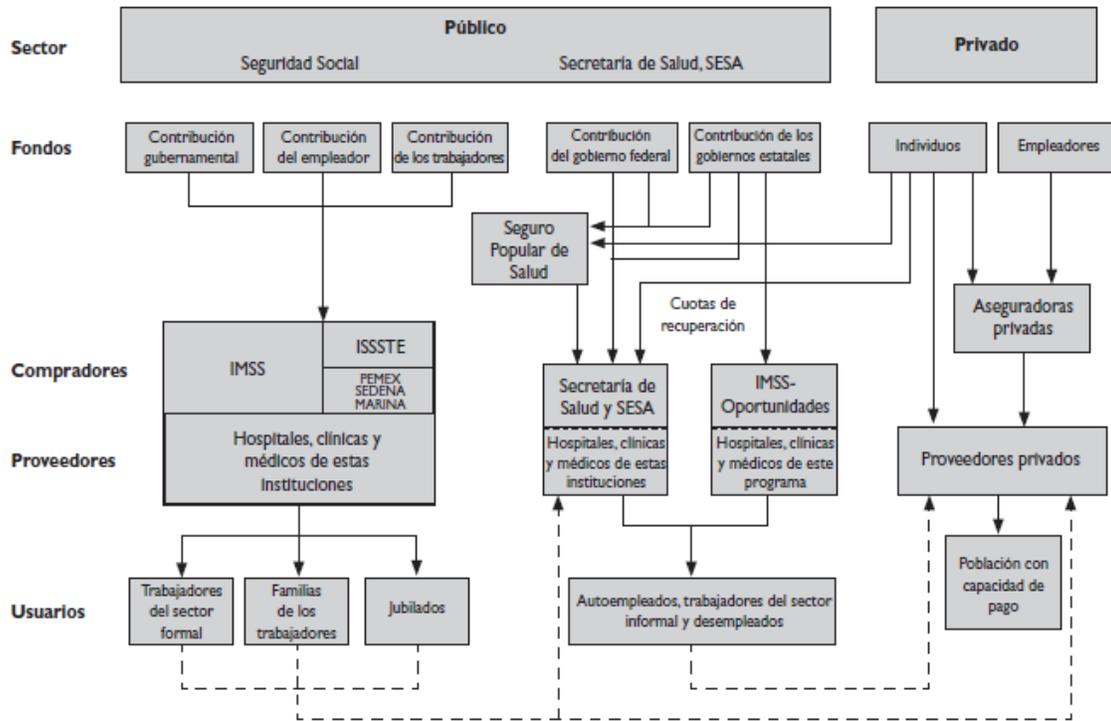


Imagen tomada del artículo Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J, sistema de salud de México. Salud Pública Mex, 2011

Explicando cada uno de los componentes del esquema, comenzaremos con el sector público, en el cual nos enfocaremos para el estudio de los programas disponibles para población migrante extranjera, ya que es el sector que mayormente utilizan los migrantes extranjeros centroamericanos. El público comprende a las instituciones de seguridad social como son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros. Dichas instituciones prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, pero también hay instituciones que protegen o prestan servicios a la población

sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSA), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O).

El sector privado es amplio y presta servicios a la población con capacidad de pago, desde las compañías aseguradoras y los consultorios, clínicas y hospitales privados sin olvidar un sector importante que son los prestadores de servicios de medicina alternativa.

En el país existen tres distintos tipos de beneficiarios de las instituciones de salud. El conocer esto nos servirá para el estudio de la accesibilidad de la atención a la salud y para lograr analizar los mecanismos implementados en los programas de salud en el Distrito Federal; éstos son:

- Trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias;
- Autoempleados, -trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias,
- Población con capacidad de pago.<sup>32</sup>

El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SSA como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación).

Finalmente, la población migrante tiene derecho a la salud en el sector público. Una minoría se encuentra asegurada en el IMSS, mientras que la mayoría son atendidas en la

---

<sup>32</sup>GomezGómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaut FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Publica Mex 2011;53supl 2:S220-S232.

SSA. No debemos olvidar la medicina tradicional y otras opciones como las que brindan las farmacias con servicio -de atención primaria en salud, distribuidas en gran parte del territorio nacional, donde según Sara Cantera, perteneciente al Grupo Reforma, los doctores ofrecen 250 mil consultas todos los días, casi el mismo número que ofrece el IMSS y tres veces las que otorga el ISSSTE-.

### *Servicios de salud y niveles de atención en México*

Para que el sistema de salud mexicano logre alcanzar el objetivo de mayor grado de salud en la sociedad, incluidos los migrantes, cuenta con los llamados servicios de salud, los cuales buscan prevenir o tratar las enfermedades; no sólo en el ámbito biológico, sino con una visión de diversidad y respeto a los Derechos Humanos.

Podemos definir a los servicios de salud como un conjunto ordenado de instituciones que forman parte del sector salud y pueden organizarse de tal forma que confluyan para lograr el mantenimiento de la salud de la población donde se organizan, con el objetivo de lograr un mejor nivel de salud de una comunidad determinada; manejándose por medio de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento y son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad.<sup>33, 34</sup>

Nos enfocaremos, para este estudio, en los servicios públicos de salud, para conocer la situación del acceso a los servicios de salud por parte de la población migrante extranjera, conocer si asisten a ellos y, en caso de no ser así, por qué se presenta esta situación; revisaremos los requisitos necesarios para solicitar el servicio. Así mismo, se analizará la percepción hacia la atención, sin olvidar a los prestadores de servicios del sector salud con respecto al conocimiento que éstos tienen de lo que el derecho a la salud representa.

<sup>33</sup> . Maya Mejía JM. Capítulo 2, Sistemas de servicios de salud. En: Fundamentos de salud

<sup>34</sup>Fundamentos de salud pública tomo II (administración De la salud pública., 1ª edición. Editores: Blanco Restrepo H. & Maya Mejía JM. Medellín, 2003.

Resulta evidente que el estado de salud es un proceso de constante cambio, sobre todo en la población migrante y, en ocasiones, el desenlace de un tratamiento es la mejoría o la complicación de la enfermedad. Por esta razón, el sistema de salud maneja tres niveles de atención, que están a menudo interrelacionadas entre sí y que se clasifican de acuerdo a la complejidad y gravedad del problema que presente el paciente. El primer lugar al que suelen dirigirse en caso de enfermedad es al de **atención primaria en salud**, que según la Secretaría de Salud, del total de unidades de salud que existen en el Sector Público, más de 95% corresponde a unidades de atención primaria.<sup>35</sup>

Siendo los migrantes centroamericanos originarios de países con un alto índice de pobreza, al llegar a territorio mexicano, muchas veces pueden venir con afecciones ya latentes y requieren ser tratados en un nivel que cuente con **atención secundaria de la salud**, los cuales son considerados servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización. En este nivel se atienden pacientes derivados de la atención primaria con enfermedades graves pero relativamente comunes; aquí se requiere de médicos especialistas, equipo especial y su costo es mayor al de la atención primaria.<sup>18</sup>

44

---

Por último la **atención terciaria de la salud** es utilizada por algunos sectores de migrantes extranjeros con capacidad de pago como son los estadounidenses, europeos y en ocasiones asiáticos y se refiere a las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan enfermedades graves que requieren la intervención de profesionales y médicos especialmente capacitados así como equipo especial, cuentan con un número menor de hospitales y es con frecuencia cara, no siendo una opción para migrantes extranjeros centroamericanos.

---

<sup>35</sup> Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. Alma-Ata, URSS. 6-12 de septiembre de 1978. Serie Salud para todos No. 1. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud, 1978.

## Capítulo 2

### DERECHOS HUMANOS Y MARCO NORMATIVO

El presente análisis a los instrumentos internacionales de Derechos Humanos y a la legislación nacional y local tiene como objetivo identificar el contenido y alcance del derecho a la salud y las obligaciones del Estado con respecto al mismo derecho.

El análisis se realiza desde la visión de los Derechos Humanos, considerando de manera transversal el derecho a la no discriminación y el derecho a la igualdad, así como la interculturalidad.

En los instrumentos internacionales de Derechos Humanos se establecen un conjunto de obligaciones que los Estados se han comprometido a realizar, adoptando para ello todas las medidas que sean necesarias a fin de hacer efectivos los derechos en ellos consagrados. Entre los compromisos asumidos por los Estados está el de promover el respeto universal de todos los derechos, es decir, promover el respeto para todas las personas de todos los Derechos Humanos sin distinción alguna.

La realidad nos muestra en muchas ocasiones que el contenido de los instrumentos internacionales no corresponde con la situación de abandono de miles de personas, entre las cuales se encuentran las que carecen de los servicios básicos de salud. Para visibilizar la situación en el acceso al derecho a la salud de comunidades, grupos huéspedes y sus familias es importante considerar lo establecido en los instrumentos internacionales, pues ellos nos marcan el contenido y alcance del derecho así como las obligaciones del Estado y con ello, identificar el modo más seguro para garantizarlos.

Los instrumentos internacionales de los cuales parte el análisis son: *Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, Protocolo adicional a la convención americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y*

*Culturales "Protocolo de San Salvador", Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familias, el Informe del Relator Especial sobre los Derechos Humanos de los migrantes y la Observación General número 14 del Comité DESC.*

*En el ámbito interno, la Ley de Migración, Ley de Interculturalidad, atención a migrantes y movilidad humana en el Distrito Federal, Ley y Reglamento de Salud del Distrito Federal, la Ley de Salud Mental del Distrito Federal y el Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal.*

## **1. Definición del derecho a la salud.**

El derecho a la salud es un derecho reconocido en diversos instrumentos internacionales de Derechos Humanos como en el *Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, en el *Protocolo adicional a la convención americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "Protocolo de San Salvador"*, en la *Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familias*, en la *Convención sobre los derechos del niño*, en la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, entre otros instrumentos internacionales de carácter universal y regional.

El derecho a la salud es definido por el Comité de DESC<sup>36</sup> como: “un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás Derechos Humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”.

---

<sup>36</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, Observación General núm. 14

El protocolo adicional a la Convención Americana sobre derechos económicos, sociales y culturales -Protocolo de San Salvador- en su artículo 10 define el derecho a la salud de la siguiente manera:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

En su Constitución, la OMS considera la salud como un principio básico para “la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos” y afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todas las personas, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

Por su parte, la *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares* (CTTMF), es el instrumento internacional con mayor contundencia hacia el respeto de los derechos y libertades fundamentales de las personas migrantes, que tiene por objeto establecer normas que los Estados parte deben aplicar en todos los momentos del proceso de migración (preparación, salida del país de origen, tránsito, cruce, estancia y retorno al país de origen). En materia de derecho a la salud la Convención señala que siempre y cuando el Estado parte receptor cuente con un régimen gratuito a la atención médica las personas migrantes regulares podrán hacer uso de estos servicios. Sin pasar por alto que las personas migrantes en situación irregular tendrán derecho a recibir atención urgente necesaria para reguardar su vida o para evitar daños irreparables para la salud.

En general, los instrumentos internacionales de Derechos Humanos coinciden en que el derecho a la salud es entendido como “el derecho al disfrute más alto de bienestar físico, mental y social”.

Para proteger el derecho a la salud que estas personas tienen en territorio mexicano, independientemente de su nacionalidad de origen, la Ley de Migración, en su artículo 27, señala que le corresponde a la Secretaría de Salud promover la prestación de servicios a extranjeros, así como brindar el servicio sin importar su situación migratoria. En este sentido, bajo el marco legal nacional e internacional no hay justificación para obstaculizar el acceso a los derechos de las personas migrantes.

### ***Contenido del derecho a la salud***

El protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, establece las obligaciones que el Estado se compromete a garantizar. El artículo 12 del PIDESC también señala las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud. El contenido de ambos artículos se menciona a continuación:

48

---

“Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho”<sup>37</sup>:

- a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y

---

<sup>37</sup> Protocolo de San Salvador. Artículo 10

f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

“Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para<sup>38</sup>”:

- a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

De lo anterior se desprende que el derecho a la salud se entiende como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y para hacer efectivo dicho derecho los estados se comprometen a llevar a cabo las medidas antes señaladas.

Lo establecido tanto en el artículo 10 del Protocolo de San Salvador y en el artículo 12 del PIDESC se considera que es el contenido del derecho a la salud, es decir el qué debe hacer el Estado para asegurar el pleno derecho a la salud. A continuación se menciona el cómo debe hacerlo y para ello se retoma lo establecido en la Observación número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Comité DESC.

### ***Elementos esenciales del derecho a la salud***

El Comité DESC estableció en la observación general número 14 que: “El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e

---

<sup>38</sup> PIDESC. Artículo 12

interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte<sup>39</sup>:

- a) *Disponibilidad.* Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.
- b) *Accesibilidad.* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

*No discriminación:* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

*Accesibilidad física:* los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

*Accesibilidad económica (asequibilidad):* los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios,

---

<sup>39</sup> Comité Desc observaciones general 14

sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos.

*Acceso a la información:* ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

- c) *Aceptabilidad.* Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
- d) *Calidad.* Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

El Comité Desc señala que el derecho a la salud abarca los anteriores elementos esenciales e interrelacionados y no sólo se considera la atención de salud oportuna y apropiada sino también los factores determinantes como el acceso al agua limpia y potable, condiciones sanitarias adecuadas, suministro de alimentos sanos, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y medio ambiente, acceso a la educación e información, así como la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre cuestiones relativas a la salud.

La recomendación también se enfoca en ejes temáticos, consideró importante destacar los relativos a: no discriminación e igualdad de trato.

## **2. No discriminación e igualdad de trato**

El mismo Comité señala que en virtud de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 2 y en el artículo 3 del Pidesc, se prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.

El Comité también señala que una asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a una discriminación que tal vez no sea manifiesta.

## **3. Obligaciones de los Estados Parte**

Los Estados, al firmar y ratificar los instrumentos internacionales en materia de Derechos Humanos, asumen las obligaciones contraídas en dichos instrumentos. Entre las obligaciones asumidas se encuentran las de garantizar los derechos sin discriminación alguna y la de realizarlos de manera progresiva, es decir, de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del derecho a la salud. No son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud.

En el artículo 2 del Pidesc, el Estado se compromete a adoptar medidas especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales, y se compromete también a garantizar el ejercicio de estos derechos sin discriminación alguna. Es decir, la obligación del Estado estriba, en este

caso, en garantizar a todas las personas, sin discriminación alguna, el acceso al derecho a la salud.

El Comité DESC, con respecto a las obligaciones del Estado, señaló también en la observación general 14 que: “Al igual que todos los Derechos Humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de *respetar, proteger y cumplir*”:

*Obligación de respetar.* La obligación de respetar el derecho a la salud consiste en abstenerse de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer. Además incluye la obligación del Estado de abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales.

53

---

*Obligación de proteger* incluyen, entre otras, las obligaciones de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud. Los Estados también tienen la obligación de adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores, teniendo en cuenta los actos de violencia desde la perspectiva de género.

*La obligación de cumplir* requiere, entre otras, que los Estados parte reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales. “Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas,

y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda y condiciones de vida adecuadas. La infraestructura de la sanidad pública debe proporcionar servicios de salud sexual y genésica, incluida la maternidad segura, sobre todo en las zonas rurales”.

### *Ámbito nacional*

En el ámbito federal, la *Ley de migración* establece en el artículo 27 que “Corresponde a la Secretaría de Salud promover en coordinación con las autoridades sanitarias de los diferentes niveles de gobierno que, la prestación de servicios de salud que se otorgue a los extranjeros, se brinde sin importar su situación migratoria y conforme a las disposiciones jurídicas aplicables”.

A nivel federal, en lo relativo al derecho a la salud se estipula que el acceso a los servicios de salud se otorgarán sin importar la situación migratoria, es decir la ley de migración considera que los servicios de salud deben otorgarse sin discriminación por la condición migratoria.

### *Programas federales especiales para la protección y respeto al derecho a la salud*

#### *Personas refugiados y personas con protección complementaria*

El Artículo 8 de la LRPC, señala que los solicitantes, los refugiados y quienes reciban protección complementaria, no podrán ser objeto de discriminación motivada “por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidades, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra que tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de sus derechos”<sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup>Artículo 8.

El principio de no discriminación también se encuentra instrumentado en la *Convención de las Naciones Unidas sobre el Estatuto de los Refugiados*, que en sus artículos 3, 4 y 23, en orden, señala que los Estados contratantes aplicarán las disposiciones de esta Convención a los refugiados, sin discriminación por motivos de raza, religión o país de origen. Se otorgara un trato por lo menos tan favorable como el otorgado a sus nacionales en cuanto a la libertad de practicar su religión y en cuanto a la libertad de instrucción religiosa de sus hijos. En materia de asistencia pública, se concederán el mismo trato que a sus nacionales en lo que respecta a asistencia y socorro públicos.

En materia de salud, la COMAR se encarga de establecer relaciones de colaboración con dependencias gubernamentales, organismos internacionales, organizaciones de la sociedad civil, y en general, con cualquier institución que otorgue directamente apoyos o servicios que los refugiados requieran. Cabe señalar que la asistencia a las personas refugiadas y personas con protección complementaria, en buena medida dependen de las acciones de instancias no gubernamentales.

En 2010 la COMAR y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro popular), publicaron la *Guía para afiliación al Seguro Popular de familias de refugiados*, documento que informa sobre el proceso para acceder a los servicios médicos, dirigido a personas en condición de refugio que no cuentan con seguridad social.

#### *Seguro Popular o al Seguro Médico para una Nueva Generación*

Entre los requisitos que solicitan son: “a) CURP de todos los integrantes de tu familia. En caso de que tengan bebés nacidos en México, el Acta de Nacimiento o el Certificado de Nacimiento; b) Carta de identidad proporcionada por COMAR; c) Documento migratorio vigente; d) Comprobante de domicilio”.

Si algún integrante de la familia no cuenta con algún documento, éste podrá afiliarse temporalmente y entregar el documento faltante en un plazo de noventa días. Y se advierte que aquellas personas que no presenten la documentación se tomará como no presentada la solicitud de afiliación y se perderá el derecho a recibir servicios médicos. Esta guía está escrita en tres idiomas: inglés, francés y español.

### *El caso de la repatriación de enfermos*

Para el caso de personas que vivan en Estados Unidos y que se encuentren en situación de alguna enfermedad que requiera tratamiento especial en algún hospital, el Consulado y la Secretaria de Relaciones Exteriores en coordinación con hospitales ofrecen el programa Repatriación de Enfermos para atender y continuar el tratamiento en territorio mexicano del connacional. “La coordinación con las autoridades mexicanas de Salud, se lleva a cabo cuando los connacionales padecen enfermedades crónicas como VIH, Tuberculosis, enfermedades mentales; así como también las personas que se encuentran lesionadas y que cuentan con expediente médico”( CONSULMEX, SRE, 2011 ).

En localidades en donde los migrantes esperan por enfermedad, por accidente o para esperar la salida del tren, se han abierto albergues para ellos<sup>41</sup> (también conocidos como casas del migrante) otorgando alojamiento, comida y atención médica. Muchos de los accidentes que sufren las personas migrantes son porque viajan encima de los techos o en las góndolas del tren, exponiéndose a ser arrollados o a quedar mutilados. Las casas del migrante también sirven para canalizar este tipo de casos.

---

<sup>41</sup>Impulsados por las organizaciones pastorales de la Iglesia Católica -una de ellas, la de la Movilidad humana.

### *Ámbito local*

La Ciudad de México, siendo un lugar de tránsito, expulsor, receptor y de retorno de personas migrantes, ya sean huéspedes, familiares o residentes, cuenta con diversos mecanismos legales para defender, proteger y garantizar los derechos de los migrantes.

#### **4. Ley de Interculturalidad atención a migrantes y movilidad humana en el Distrito Federal**

El Distrito Federal creó en 2011 la *Ley de Interculturalidad* que tiene por objetivo reconocer y salvaguardar los derechos de huéspedes, migrantes y sus familias<sup>42</sup> y, de esta forma, establecer el enfoque de interculturalidad en las políticas públicas.

La *Ley de Interculturalidad del D.F.*, y la propuesta de ciudades interculturales explican un concepto que reconoce la importancia de la cultura para la construcción de comunidades cohesionadas, con acceso a los derechos para poder hacer realidad las oportunidades. La interculturalidad se deriva de la comprensión de que las culturas sólo prosperan en contacto con otras culturas y no aisladamente. Asimismo, hace hincapié en la necesidad de permitir que cada cultura sobreviva y prospere.<sup>43</sup>

La Ciudad de México ha retomado este concepto y se dio cuenta de su importancia para lograr generar igualdad entre las poblaciones de distinto origen étnico. Es por eso que establece la “*Ley de interculturalidad, atención a migrantes y movilidad humana en el Distrito Federal*” que en su artículo 15 define a la interculturalidad como “el principio de política basado en el reconocimiento de la otredad manifiesta en la salvaguarda, respeto y ejercicio de derechos de toda persona y comunidad a tener, conservar y fortalecer sus rasgos socioculturales y diferencias, que se desarrollan en el espacio privado y público,

<sup>42</sup>Ley y Reglamento de Interculturalidad, Atención a Migrantes y Movilidad Humana en el Distrito Federal, 2011. Secretaría de Desarrollo Rural y e Equidad para las Comunidades.

<sup>43</sup> Intercultural city: towards a model for Intercultural Integration, Council of Europe 2009, Background and rationale, pp. 20-28.

haciendo posible la interacción, la mezcla y la hibridación entre sociedades culturales, así como el derecho de todas las culturas participantes a contribuir con el paisaje cultural de la sociedad en la que están presentes”.<sup>44</sup>

La Ley de Interculturalidad, atención a migrantes y movilidad humana en el Distrito Federal, señala en el artículo 13 que “las personas de distinto origen nacional, huéspedes, migrantes y sus familiares, tienen entre otros, el derecho a contar con una calidad de vida adecuada que le asegure la salud, alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y educación pública en sus diversas modalidades, de conformidad con la legislación aplicable.

La ley reconoce la relación entre salud y el derecho a la alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y educación. La Ley de Interculturalidad nos da otros elementos a partir de los cuales podemos medir el cumplimiento del derecho a la salud como son: el derecho a la vivienda, alimentación, vestido, asistencia médica y educación. Sin embargo en el presente trabajo sólo analizaremos el acceso a los servicios de salud. En el mismo artículo también se señala como derecho fundamental “ser protegido contra cualquier tipo de discriminación” (fracción VII).

## 5. Ley de salud del Distrito Federal

La ley de salud tiene entre sus objetivos garantizar el acceso a los servicios de salud y establecer los mecanismos para promover la participación de la población en la definición, vigilancia y desarrollo de los programas de salud en el Distrito Federal.

El *artículo 3 de la ley* establece criterios a considerar para medir el acceso a los servicios de salud como son la universalidad, la equidad y la gratuidad tanto en los servicios médicos y en los medicamentos. A continuación se señala lo que debe entenderse por cada principio:

---

<sup>44</sup>Ley de interculturalidad, atención a migrantes y movilidad humana en el distrito federal

I. Universalidad: La cobertura de los servicios de salud que responda a las necesidades de salud de toda persona para hacer efectivo su derecho a la protección a la salud;

II. Equidad: La obligación de las autoridades sanitarias locales de garantizar acceso igual a los habitantes del Distrito Federal a los servicios de salud disponibles ante las necesidades que se presenten en la materia, y

III. Gratuidad: El acceso sin costo a los servicios de salud disponibles en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal y a los medicamentos asociados a estos servicios, a los residentes del Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral.

El artículo 5 establece lo que debemos considerar servicios básicos de salud:

I. La medicina preventiva;

II. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente;

III. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;

IV. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo las dirigidas a las discapacidades, así como la atención de urgencias;

V. La atención materno-infantil;

VI. Los servicios de salud sexual, reproductiva y de planificación familiar;

VII. La salud mental;

VIII. La prevención y el control de las enfermedades auditivas, visuales y bucodentales;

IX. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, en los términos de las disposiciones aplicables;

X. La promoción del mejoramiento de la nutrición, especialmente en materia del combate a la obesidad y los trastornos alimenticios;

- XI. La asistencia médica a los grupos más vulnerables, de manera especial, los pertenecientes a las comunidades indígenas, los adultos mayores y las personas discapacitadas;
- XII. La prevención y atención de las adicciones, particularmente el tabaquismo, el alcoholismo y la farmacodependencia,
- XIII. La protección contra los riesgos sanitarios.

La ley también señala en su Artículo 11 los derechos de los usuarios de los servicios de salud. Estableciendo que tienen los siguientes derechos:

- I. Acceder libremente a los servicios de salud, en los términos previstos en la presente Ley;
- II. Recibir tratamiento médico conforme a los principios médicos científicamente aceptados;
- III. Ser atendidos oportuna, eficaz y cálidamente por el personal de salud que corresponda, con respeto a sus derechos, su dignidad, su vida privada, su cultura y sus valores en todo momento;
- IV. Tener la seguridad en la calidad y la certeza de la continuidad en la atención médica recibida;
- V. Recibir información suficientes, clara, oportuna, veraz y apropiada a su edad, género, educación, cultural, e identidad étnica sobre su historial médico y sobre su estado de salud. Excepcionalmente se le negará información cuando exista el pleno conocimiento que dicha información representa un peligro para su vida o salud;
- VI. Tener la seguridad de que la información sobre su estado de salud será confidencial y protegida;
- VII. La prescripción del tratamiento médico debe realizarse con una redacción comprensible y legible. Los medicamentos se identificarán de forma genérica;
- VIII. Recibir información de su patología de una manera precisa y clara, así como las indicaciones y contraindicaciones, riesgos y precauciones de los medicamentos que se prescriban y administren;

- IX. Obtener, al finalizar su estancia en la institución de salud correspondiente, información precisa y clara sobre el padecimiento, tratamiento que recibió e indicaciones que deberá seguir para su adecuada evolución;
- X. Contar, en caso necesario, con un intérprete que facilite la comunicación con el personal de salud;
- XI. Acudir ante las instancias correspondientes, para presentar y recibir respuesta, en los términos de las disposiciones aplicables, de las quejas, inconformidades y sugerencias que exponga sobre la prestación de los servicios de salud;
- XII. Negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina;
- XIII. Otorgar o no su consentimiento informado;
- XIV. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;
- XV. Recibir atención médica en caso de urgencia;
- XVI. Contar con un expediente clínico y tener acceso a éste, en los términos de las disposiciones legales aplicables;
- XVII. Solicitar la expedición de un certificado médico;
- XVIII. No ser objeto de discriminación por ninguna enfermedad o padecimiento que presente;
- XIX. Recibir los cuidados paliativos por parte de un equipo profesional multidisciplinario;
- XX. Una atención terminal humanitaria, y en su caso, en los términos dispuestos conforme a lo dispuesto en la Ley General de Salud y la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal, para recibir toda la ayuda disponible para morir lo más dignamente posible;
- XXI. No ser sometidos a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar innecesariamente su vida, protegiendo en todo momento su dignidad como persona, de conformidad a lo establecido en la Ley General de Salud y la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal.

El Artículo 9 señala. “Los servicios de atención médica que ofrezca el Gobierno, así como los medicamentos asociados, serán otorgados de manera gratuita a los usuarios, de conformidad a los términos señalados en la Ley que establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral”.

## **6. Reglamento de la Ley de salud del Distrito Federal**

El *Artículo 225 establece que:* Para el procedimiento de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal, se requiere lo siguiente:

- a) No ser derechohabiente de la Seguridad Social;
- b) Ser residente del Distrito Federal;
- c) Contar con Clave Única de Registro de Población,
- d) Identificación oficial vigente.

*Artículo 226.-* Con la incorporación al Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal, los beneficiarios recibirán una póliza de afiliación, el inicio de la vigencia y terminación se sujetará a los lineamientos que emita la Secretaría Federal, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

La póliza de afiliación deberá presentarse cada vez que se requiera el servicio médico, en la unidad hospitalaria que corresponda.

## **7. Ley de salud mental del Distrito Federal**

La ley de salud mental del Distrito Federal tiene”, entre otro los objetivos de regular las bases y modalidades, para garantizar el acceso a los servicios de salud mental del Distrito Federal, con un enfoque de Derechos Humanos e incorporando la perspectiva de género,

además de definir los mecanismos y lineamientos para promover la participación de la población, en el desarrollo de los programas de salud mental del Distrito Federal.

El artículo 3 dispone que toda persona que habite o transite en el Distrito Federal, independientemente de su edad, género, condición social, condiciones de salud, religión, identidad étnica, orientación sexual o cualquiera otro, tienen derecho a la salud mental. Es decir, se establece que toda persona sin discriminación alguna tiene derecho a la salud mental.

El artículo 6 señala como derechos de las personas usuarias los siguientes:

- I. Al acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud mental;
- II. A la toma de decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento;
- III. A la atención médica en el momento que lo solicite y, en su caso, a ser atendido en las instancias de salud del segundo y tercer nivel de atención, para completar su proceso de tratamiento y rehabilitación;
- IV. A ser informado sobre las campañas, planes, programas y servicios que proporcione el Gobierno y las instituciones sociales y privadas en materia de salud mental;
- V. A conservar la confidencialidad de información personal, a una historia clínica de conformidad con lo establecido en las normas oficiales y al anonimato de los participantes en estudios;
- VI. A que se informe al padre, madre, tutor o representante legal con veracidad de la condición y el posible efecto del programa, campaña o tratamiento que reciba la persona usuaria, en caso de que sea menor de edad o incapaz.
- VII. A que se le apliquen exámenes de valoración, confiables y actualizados que consideren su entorno social o característica a estudiar y a conocer los alcances y las limitaciones de las evaluaciones realizadas;

- VIII. A ser ingresado a algún centro de internamiento mental por prescripción médica,
- IX. A ser egresado del centro de internamiento mental, sólo cuando el médico tratante considere que puede continuar su tratamiento en forma ambulatoria y que ya no exista el riesgo que su conducta o acciones puedan causarle daño físico inmediato o inminente asimismo, a terceros o la propiedad;
- X. A la rehabilitación que le permita la reinserción familiar, laboral y comunitaria;
- XI. A la accesibilidad de familiares u otras personas, en el acompañamiento de las personas usuarias de los servicios de salud mental, salvo que medie contraindicación profesional;
- XII. A que no se divulgue a terceros por alguno de los medios de comunicación existentes, la atención brindada por el personal de salud mental en las diversas instituciones que presten el servicio, cuando no medie su autorización expresa.

## **8. Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG)**

### **Características de las reglas de operación**

La *Ley de Salud del Distrito Federal* reconoce a la gratuidad como uno de los principios del derecho a la protección de la salud (Art. 3 fracción III) y que los servicios de atención médica que otorgue el Gobierno del Distrito Federal, así como los medicamentos asociados al segundo nivel de atención, sean otorgados de manera gratuita a los usuarios, de conformidad con lo establecido en el artículo 9 de la LAGSMMDF.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) con relación a la *Ley de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las personas que residen en el Distrito Federal, que carecen de seguridad social laboral* (LAGSMMDF) desarrolla el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG), que tiene como objetivo otorgar gratuitamente los servicios integrales que se ofrecen en la SSDF y los Servicios de Salud

Pública del Distrito Federal (SSPDF), además de proporcionar gratuitamente los medicamentos necesarios para el tratamiento, establecidos en el Cuadro Básico y Catálogo Institucional de Medicamentos de la SSDF. Debe destacarse que estos servicios incluyen la atención preventiva, curativa y de rehabilitación para todos los grupos de edad y ambos sexos.

El PSMMG tiene la intención de mejorar la atención y prevención de la población abierta del Distrito Federal, sin seguridad social laboral y mejorar los niveles de salud, con un enfoque universal, equitativo y avanzar en la garantía del derecho a la salud. Además propone garantizar el acceso a los servicios de salud integrales que prestan en las unidades médicas y los centros de salud del Gobierno del Distrito Federal, incluyendo el acceso a los tratamientos prescritos en las mismas, sin costo anticipado o al momento de requerirlos para los residentes del Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral.

Se menciona dentro de sus objetivos específicos que la afiliación al PSMMG será con un enfoque de Derechos Humanos y de Género, haciendo especial énfasis en la población con discapacidad, población callejera, personas indígenas, población Lésbico, Gay, Bisexual, Transgénero, Transexual, Travesti e Intersexual (LGTTTI), personas adultas mayores, personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo, y víctimas de trata de personas.

Para registrarse en el padrón de las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal se necesitan cumplir dos requisitos básicos:

- *Acreditar ser residente del Distrito Federal* (El solicitante deberá entregar una copia simple del comprobante de domicilio vigente, gas, teléfono, predial o credencial de elector)

- *Acreditar la identidad del solicitante y en su caso de cada uno de los dependientes (entregar copia simple de alguna identificación oficial, como: la credencial de elector, pasaporte, o cartilla del servicio militar nacional para los mayores de edad y acta de nacimiento o constancia escolar con fotografía en el caso de menores de edad).*

El no cumplir con los requisitos merma la posibilidad de afiliación al PSMMG, lo que evidencia una incompatibilidad con el enfoque de Derechos Humanos, el principio de accesibilidad como componente esencial para ejercer el derecho a la salud no se cumple al restringir los servicios de salud a las personas que pueden acreditar su identidad y residencia en la Ciudad de México. Este es el caso de las personas migrantes extranjeras que se encuentran en condición de irregularidad. Al respecto el Comité Desc estableció en la observación general número 14, que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesible a todos, sin discriminación alguna.

El Artículo 77 *bis* 1. de la *Ley General de Salud* señala que “todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social”, y refiere en el artículo 6 que “la protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios”. Del mismo modo en el artículo 6 de la *Ley de Salud del DF* se menciona que “la prestación de los servicios de atención médica en sus formas preventivas, curativas y de rehabilitación, preferentemente en beneficio de mujeres, hombres, niñas, niños, las y los jóvenes y personas adultas mayores en situaciones especiales de vulnerabilidad y de la población de mayor riesgo y daño”.

Esto nos permite reflexionar respecto de la necesidad de armonizar las leyes nacionales con los instrumentos internacionales, pues en la Ley Federal de Salud refiere que solo población mexicana puede tener acceso a los servicios de salud, en este sentido no se respetan los Derechos Humanos .

## **9. Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal**

El programa establece varios objetivos, estrategias y líneas de acción para el derecho a la salud. En este documento se mencionan sólo algunas estrategias relativas a accesibilidad física y lo relativo a las personas migrantes:

### *Accesibilidad*

1. Mejorar la equidad en la distribución y disponibilidad territorial de los servicios de salud, en particular en las zonas marginadas.
2. Mejorar la calidad y la medición de la calidad de los servicios de salud.
3. Mejorar de forma pronta y efectiva los procedimientos y tratamientos, considerando el enfoque de Derechos Humanos.
4. Vigilar las condiciones de higiene y seguridad de las infraestructuras, el buen estado de los equipos médicos y la calidad de los medicamentos
5. Promover la educación en Derechos Humanos y género para el personal del sector salud.

En relación directa para personas migrantes el programa señala como estrategia:

Crear los mecanismos necesarios para garantizar a las personas migrantes refugiadas y solicitante de asilo y sus familias el acceso a todos los programas y servicios públicos de salud que brinda el Distrito Federal en condiciones de igualdad de trato con las y los nacionales.

### Líneas de Acción

2293. Diseñar, implementar y evaluar un sistema de monitoreo de los servicios de salud que están disponibles para las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo, con el fin de obtener estadísticas acerca del nivel de disfrute del citado derecho, por parte de esta población y la calidad del servicio que se les presta.

2294. A partir de las estadísticas que arroje el monitoreo descrito en el numeral anterior, revisar y en su caso reformar los requisitos que se exigen en los establecimientos públicos de salud, para que las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo puedan acceder a los servicios de salud y adquirir medicamentos de manera gratuita, a través del programa de acceso gratuito a servicios médicos y medicamentos.

2295. Incluir dentro del programa de acceso gratuito servicios médicos y medicamentos, los tratamientos y medicamentos necesarios para curar las enfermedades que con mayor frecuencia contraen las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo, con especial atención a las enfermedades relacionadas con la salud mental.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> Programa de Derechos Humanos de Distrito Federal. Capítulo 29. Derechos de personas migrantes, refugiados y solicitantes de asilo, 950-951. Ciudad de México, 2009.

## Capítulo 3

# METODOLOGÍA Y RESULTADOS

### 1. Metodología

#### Técnicas e instrumentos para la recolección de información

Se llevó a cabo una recolección de información cualitativa. Para ello, se diseñaron 5 diferentes instrumentos:

1. Guía de entrevista para migrantes extranjeros
2. Guía de entrevista para prestadores de servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

#### Definición de los estudios

##### *La entrevista abierta*

La entrevista como instrumento de investigación es la base del estudio cualitativo que al ser aplicada a la población en estudio y a profesionales expertos del área a estudiar, nos genera un instrumento de indagación donde podemos llevar la vida cotidiana al nivel del conocimiento y la elaboración científica.

La entrevista puede ser de dos tipos: abierta y cerrada. Al referirnos a una entrevista cerrada, tanto las preguntas como el orden y la forma de plantearlas es algo ya elaborado, donde el entrevistador no puede alterar el orden; es en realidad un cuestionario. Por el contrario, la entrevista abierta brinda al entrevistador una amplia libertad en las preguntas, contando con la flexibilidad necesaria de tener intervenciones durante su desarrollo, este tipo de entrevista abierta posibilita una investigación más amplia y profunda.

Continuando con la entrevista abierta, podemos mencionar que propicia una relación humana, donde se pretende lograr la máxima interacción posible entre el sujeto entrevistado

y el sujeto entrevistador; generalmente consiste en un diálogo frente a frente, directo y espontáneo que propicia un cierto ambiente de intensidad entre los participantes; buscando profundizar en las motivaciones personales de un caso individual frente a cualquier problema social con el fin de recabar la información pertinente a la investigación. Quien entrevista deberá orientar hacia un discurso lógico y afectivo en forma más o menos "directiva", para lo cual es necesario construir una guía de entrevista que le imprime un carácter de semi-dirección.

En cuanto a esta posibilidad que brinda la entrevista como instrumento de indagación cabe hacer algunas consideraciones.

Ninguna entrevista puede agotar el tema que deseamos abordar, sólo permitirá que se exteriorice un segmento de la situación que viven los involucrados, donde frecuentemente nos encontraremos con lagunas de información, disociaciones y contradicciones, lo que puede ocasionar que desde otras aproximaciones teórico-metodológicas, consideren la entrevista como instrumento de poca confianza. Por esta razón, los datos recabados en la entrevista no deben ser evaluados en función de ciertos o falsos, sino como percepciones de las realidades de la población.

### *Grupos Focales*

Es una técnica de exploración muy utilizada en la investigación social, donde se reúne a un pequeño número de personas guiadas por un moderador que facilita las discusiones; esta técnica maneja aspectos cualitativos, donde los participantes hablan libre y espontáneamente sobre temas que se consideran de importancia para la investigación.

Como se mencionó anteriormente, la reunión del grupo focal es dirigida por un moderador que utiliza una guía de discusión para mantener a los participantes enfocados en el tema, además de llevar el control del grupo; esto lo lleva a cabo apoyándose en una guía de discusión la cual contiene los objetivos del estudio e incluye preguntas abiertas. El tamaño aceptable para un grupo focal ha sido de diez participantes, aunque existe la tendencia hacia

grupos más pequeños según el fin establecido; es decir, con los grupos grandes se obtienen más ideas y con los grupos pequeños se profundiza más en el tema. Finalmente diremos que como regla se sugiere que el grupo focal no debe durar más de 2 horas y los participantes deberán sentarse de forma que se promueva su participación e interacción.

### **Actividades desarrolladas**

#### *Investigación documental*

- a) Análisis de información estadística de instituciones públicas, organismos de Derechos Humanos y organizaciones de la sociedad civil.
- b) Se elaboró un marco teórico-conceptual referente a salud, los servicios de salud e interculturalidad.
- c) Análisis del marco normativo nacional e internacional del derecho a la salud de comunidades, grupos huéspedes y sus familias en la Ciudad de México, sujetos de la ley de interculturalidad.
- d) Se revisaron los mecanismos implementados por las instituciones y los programas (como Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal, Seguro Popular) para el acceso a la salud, desde la perspectiva de la interculturalidad.
- e) Selección de indicadores a partir de los propuestos por el OACNUDH (*Indicadores sobre el derecho a la salud en México*) considerando las características de las poblaciones en estudio. Lo que significaría un primer acercamiento para la construcción de un índice de interculturalidad.

#### *Investigación cualitativa*

- a) Se elaboraron las guías de entrevistas.
- b) Se realizaron entrevistas a personas pertenecientes a comunidades, grupos huéspedes y sus familias, siendo un total de 56 con un tiempo promedio de 15 minutos, llegándose a extender hasta una hora; la población entrevistada estuvo

conformada por personas que solicitan servicios en la Dirección de Atención a Huéspedes, Migrantes y sus Familias, de la Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades (SEDEREC), así como migrantes extranjeros del Albergue Tochán.

- c) Se aplicaron 46 entrevistas a prestadores de servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en hospitales de segundo nivel de atención; los cuales fueron: Hospital Dr. Gregorio Salas, Hospital Pediátrico de la Villa, Hospital General de la Villa, Hospital Balbuena. La duración promedio fue de 30 minutos, siendo médicos en su mayoría, seguidos por enfermeras y trabajadoras sociales.
- d) Se hicieron tres entrevistas con informantes clave de las siguientes dependencias: Sin Fronteras IAP, Albergue Cafemin, Albergue Tochán
- e) Se llevó a cabo un grupo focal en el Albergue Tochan.
- f) Se organizó, sistematizó y analizó la información para interpretar los resultados a la luz del marco teórico.

Respecto al número de entrevistas realizadas a Huéspedes, migrantes y sus familias no responden a una muestra estadística, el criterio a seguir fue entrevistar a migrantes que llegaban a solicitar algún servicio a la Dirección de Atención a Huéspedes, Migrantes y sus Familias, de la Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades, así como migrantes del Albergue Tochán

El único criterio de selección era que fueran migrantes extranjeros; es decir, que no hubieran nacido en territorio nacional.

Así mismo los criterios para definir los Hospitales de Segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en los cuales aplicamos entrevistas a prestadores de servicios; en un inicio la propuesta fue entrevistar a personal de Centros de Salud y Hospitales, pero no fue posible. Los Hospitales en donde se aplicaron las entrevistas, estaban ubicados en las delegaciones políticas en donde de acuerdo al Diagnóstico de Presencia e Inclusión de Comunidades y Grupos Huéspedes y sus Familias en la Ciudad de

México, está el mayor porcentaje de migrantes<sup>46</sup>, sin embargo no fue posible seguir este criterio con rigurosidad. Las entrevistas se hicieron en cuatro Hospitales de segundo nivel en las delegaciones Cuauhtémoc, Venustiano Carranza, y Gustavo A. Madero, la solicitud nuestra fue entrevistar a 15 personas por cada unidad Hospitalaria, podían ser médicos, enfermeras y trabajadoras sociales, la Secretaría de Salud del Distrito Federal designó quienes iban a ser entrevistados.

---

<sup>46</sup> Las delegaciones són: Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo, Benito Juárez, Álvaro Obregón, Tlalpan y Coyoacán. Diagnóstico de Presencia e Inclusión de Comunidades y Grupos Huéspedes y sus Familias en la Ciudad de México 2012.

## **2. Resultados**

A continuación se presentan los resultados de las entrevistas que se hicieron a personas migrantes extranjeras que han hecho uso de servicios médicos y a los prestados de servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Los resultados que se presentarán han brindado herramientas que permiten fundamentar el análisis y, de esta forma, poder generar recomendaciones. Para la mayor comprensión de los resultados, éstos se dividirán en seis apartados:

- 1) Información general
- 2) Disponibilidad
- 3) Accesibilidad
- 4) Aceptabilidad
- 5) Calidad
- 6) Derechos Humanos

Se utilizan estas categorías basadas en la información recopilada y las categorías que se proponen para medir el derecho a la salud.

Se llevaron a cabo 56 entrevistas a migrantes extranjeros, con previa guía de entrevista (Anexo 1), las cuales fueron analizadas para proporcionarnos las percepciones que nos ayudaron a comprender lo que experimentan en su vida diaria referente a temas como la disponibilidad de los servicios de salud, la accesibilidad, aceptabilidad y la calidad de los mismos.

## Información general

### *Migrantes extranjeros*

Comenzaremos con los hallazgos encontrados en relación a la distribución por género y edad de la población migrante extranjera participante. Se muestra que el 51.78% de entrevistados son hombres y el 48.22% son mujeres. Complementando la información, nos damos cuenta que la población que está migrando a México es joven y en edad productiva, ya que el 67.85% del total de encuestados tienen una edad menor de los 41 años, como lo muestra el cuadro 1.

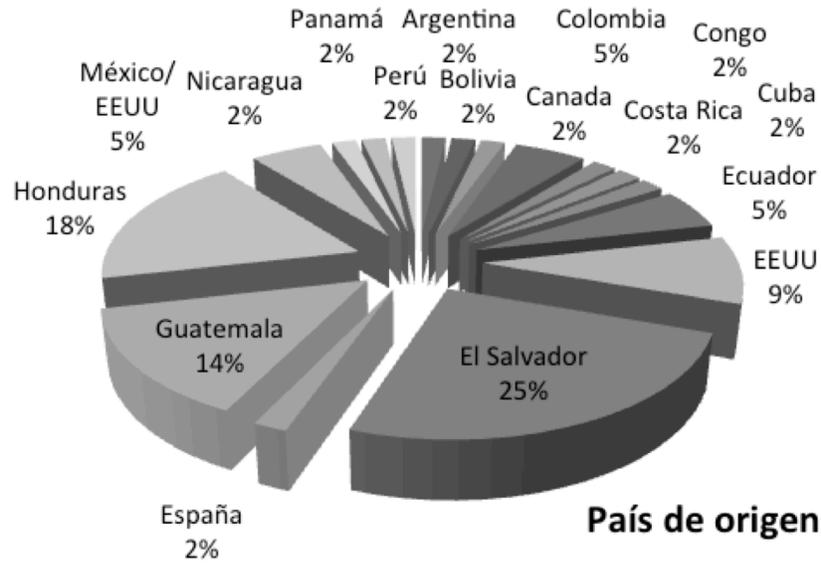
**Cuadro 1. Distribución de hombre y mujeres por edad**

<i>Rango</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Menos de 18	1	1	2
De 18 a 25	3	6	9
De 26 a 33	6	7	13
De 34 a 41	7	7	14
De 42 a 49	5	1	6
De 50 a 60	3	3	6
61 o más	4	2	6
Total	29	27	56

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a las y los migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

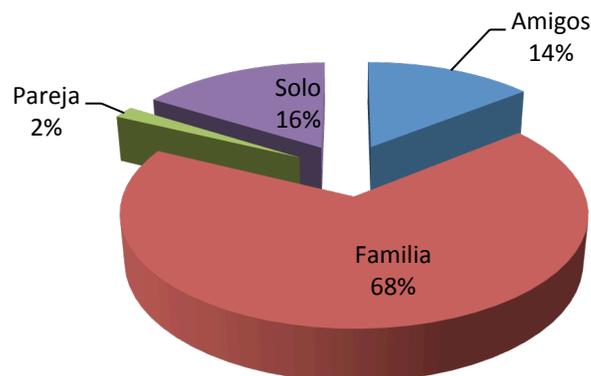
La mayoría de los entrevistados proceden de países centroamericanos. Podemos observar en el gráfico 1 que el 62.50% provienen de países de esa región; comenzando con el 25% de El Salvador, siguiendo Honduras con 18% y Guatemala con 14%. También hubo representantes de Norteamérica, esta población puede ser de origen mexicano con el 16.07% y el resto del mundo representa el 5.36% como lo muestra el cuadro 2 (anexo 3. Distribución hombres y mujeres por país de origen)

**Grafico 1. Nacionalidad.**



Al preguntarles con quién viven, nos dimos cuenta que 68% viven con su familia, mientras que el 16 % se encuentran solos en la ciudad.

**Gráfico 2. ¿Con quién vive?**



**Fuente:** Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

Confirmando este dato, nos damos cuenta que el 80% tienen alguno de sus hijos en México, los cuales necesitan del acceso a la atención de la salud; estos datos son mostrados en el grafico 7 del anexo 3.

Haciendo referencia a la escolaridad, la mayor parte de los migrantes sólo cuentan con educación básica (primaria y secundaria), siendo en su mayoría mujeres, mientras que los que refieren tener estudios de nivel superior son en mayor proporción hombres, como lo muestra el siguiente cuadro.

**Cuadro 2. Escolaridad**

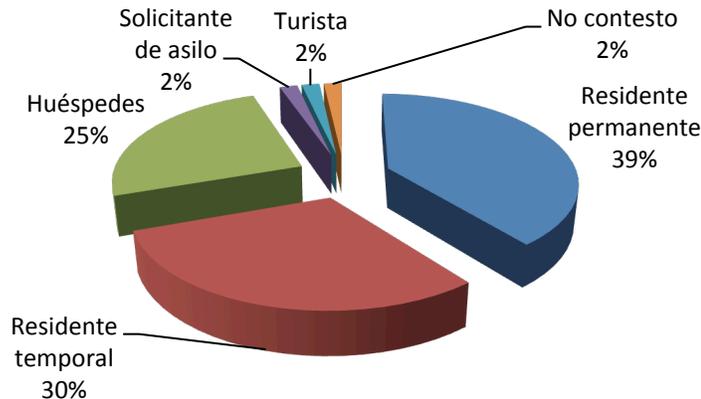
<i>Nivel</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Básica	11	16	27
Media	7	6	13
Superior	10	4	14
Posgrado	1	1	2
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>56</b>

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

Al observar los resultados sobre el tiempo que tienen las y los migrantes de vivir en México y, más específicamente en el Distrito Federal, los resultados muestran una correlación entre los años vividos en México y en el Distrito Federal, siendo los resultados más altos (55% y 54% respectivamente) de entre 1 y 10 años de residencia. Cabe señalar que las y los migrantes que tienen menos de un año también son un número importante ya que en el porcentaje es del 18% y 27% como lo podemos observar en las gráficas 4 y 5 del Anexo 3.

Refiriéndonos a la situación migratoria, es significativo que la mayor parte de ellos son residentes permanentes con un 39%, mientras que el 30% se identificaron como temporales; sin olvidar que el 25% de ellos se consideran huéspedes como lo muestra la gráfica 6 y el cuadro 4 (anexo 3. Situación migratoria)

**Gráfico 3. Situación migratoria**



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

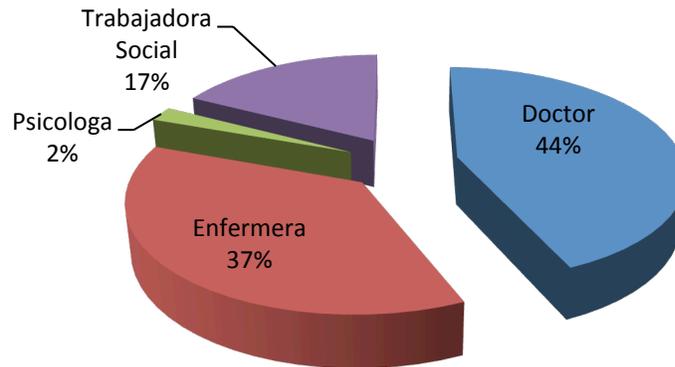
Anteriormente, los resultados nos mostraron que la mayoría de las personas migrantes extranjeras viven con sus familias.

### ***Prestadores de servicios de salud***

En cuanto a las entrevistas con prestadores de servicios, éstas fueron realizadas en hospitales públicos del Distrito Federal y se encontraron similitudes en las respuestas entre los trabajadores de las áreas de enfermería, médicos y trabajo social. Es importante señalar que este análisis sólo tomó como referencia las preguntas que más se apegan a los objetivos del diagnóstico. A continuación se presentan los resultados obtenidos.

El mayor porcentaje de los prestadores de servicios entrevistados, como lo muestra el siguiente gráfico es de médicos con un 44%, seguido por enfermeras con 37%; en tercer lugar se encuentran las trabajadoras sociales con 17% y por último las psicólogas con 2%. Por otra parte, el tiempo promedio trabajando de los prestadores de servicio es de 17 años.

**Grafico 4. Puesto de trabajo realizado**



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a prestadores de servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

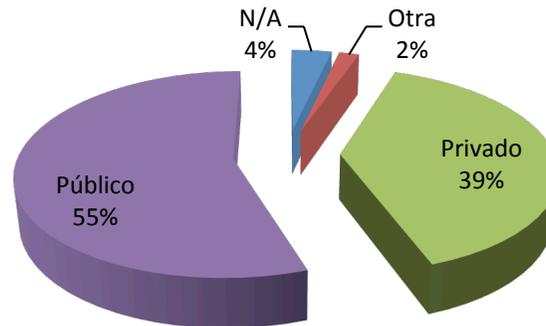
## **Análisis a partir de los cuatro ejes del derecho a la salud**

A través de los resultados de las entrevistas, podemos hacer un análisis tomando como referencia los cuatro ejes del derecho a la salud, para determinar si éste se cumple y en qué medida.

### ***Disponibilidad***

Iniciando con la pregunta “¿A dónde acuden las y los migrantes cuando se enferman?”, los resultados confirman que la mayoría utiliza los servicios públicos cuando se enferman o tienen necesidad de consultar a un médico, esto lo observamos en el gráfico 8 con un porcentaje del 55%. Por otra parte, el 39% de los encuestados asiste a la atención privada. Es importante mencionar que los migrantes que recurren a un servicio privado lo hacen en la mayoría de los casos a farmacias como Similares y del Ahorro ya que en estos establecimientos la consulta es barata pero, de cualquier forma, se enfrentan al hecho de que deben comprar ellos mismos sus medicamentos.

**Gráfico 1. Cuándo se enferma, ¿a dónde acude?**



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

Es importante señalar que *el oportuno acceso a los servicios* garantiza las posibilidades de éxito en el tratamiento médico. Para aprovechar de manera plena y oportuna la atención se deberán considerar que existan unidades médicas estratégicamente ubicadas, que la unidad cuente con servicios de traducción para la atención de quienes no hablan español, pero también con la disposición de la información sobre programas de salud con una perspectiva integral, sensibles a la diversidad cultural de la población.

*El equipo profesional y el empleo de la tecnología* en las unidades de atención primaria (los centros de salud) deberían cumplir con una serie de atributos deseables para poder ofrecer una atención integral y de calidad a sus usuarios. Se mencionó a la infraestructura como una limitante para asistir pues, como mencionaba una migrante extranjera, “que tal que quiero ir al baño y no puedo porque no hay papel y deja del papel, no hay agua para lavarse las manos, si no iba enferma de los riñones, ahí me enfermo por estarme aguantando”.

Continuando a las principales razones por las que acuden a consulta las y los migrantes extranjeros, los resultados muestran que en primer lugar es por las enfermedades respiratorias con un 34%, seguido de enfermedades digestivas e hipertensión. Es importante

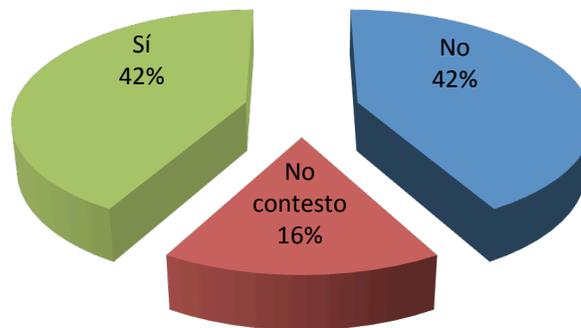
**INICIATIVA CIUDADANA Y DESARROLLO SOCIAL, INCIDE SOCIAL, A.C.**

Hilario Pérez de León No. 80, Col. Niños Héroes de Chapultepec, Benito Juárez, México D. F., 03440  
 Tel. y Fax.: 5590-87-54 E-mail.: [incide@incidesocial.org](mailto:incide@incidesocial.org), [incidesocialac@yahoo.com.mx](mailto:incidesocialac@yahoo.com.mx), Web: [www.incidesocial.org](http://www.incidesocial.org)

señalar que el 16% de los encuestados no contestó (Anexo 3. Grafico 9. Principales causas por las que visita al médico).

Una vez que los huéspedes han logrado recibir la atención médica y, aunque los programas cuentan con recursos económicos para solventar esta área, en muchas ocasiones no es suficiente y frecuentemente los usuarios del servicio deben adquirir sus medicamentos con recursos propios.

**Gráfica 2. ¿Recibió medicamento gratuito?**



Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

Aunado a la información anterior, el 45% de las y los migrantes extranjeros que han recibido atención médica y requieren de estudios complementarios para su diagnóstico no han tenido que pagar por sus análisis, aunque un total de 26% tuvo que solventar este servicio y el restante no contestó o no recuerda. (Gráfico 11, Anexo 3. Pago por realización de análisis).

### ***Accesibilidad***

Al referirnos a los trámites que las personas migrantes extranjeras tienen que hacer para tener acceso a los servicios de salud, la pregunta fue contestada más claramente por las trabajadoras sociales, pues es su ámbito de competencia dentro de la institución, explicándonos que para el servicio de urgencias se procede de forma normal, sin un trato diferenciado por su calidad de migrante, donde el primer paso es pedir sus datos personales y no es necesario presentar un documento probatorio. Posteriormente, se hace el llenado de un formato de entrada para poder proporcionarles la atención sólo en caso de urgencias reales, pues existen urgencias que los prestadores llaman sentidas, las cuales no ponen en riesgo su vida y deben ser atendidas en los servicios de primer nivel (Centros de Salud). Finalmente, si los pacientes requieren hospitalización se les brinda el servicio, siendo los servicios de urgencia gratuitos.

Posterior al proceso de atención inicial se busca que la población migrante extranjera compruebe su situación migratoria a fin de que puedan obtener los beneficios que el programa de gratuidad establece; la gestión se realiza en el departamento de Trabajo Social, Cuando no es urgencia y buscan los servicios de consulta externa, se solicita la hoja de referencia del Centro de Salud para que se atienda.

Ante la pregunta, *¿Tienen que hacer algún trámite o requisito adicional al que hace la población en general para que se les dé consulta o acceso al servicio que solicitan?* Más del 95% de los prestadores de servicios encuestados contestó que no requieren de un requisito adicional, pero sólo en caso del servicio de urgencia.

**Cuadro 1. Trámite o requisito adicional**

	<i>Médicos</i>	<i>Enfermeras</i>	<i>Psicólogos</i>	<i>Trabajadora Social</i>	<i>Total</i>
No	19	15	1	8	43
Si	1	2			3
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>46</b>

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a prestadores de servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

La anterior afirmación encuentra otro respaldo en el cuadro 2, en donde se muestra que en ocasiones los usuarios no pueden acreditar su identidad o comprobar su domicilio y de cualquier forma se les otorga el servicio y, si el hospital no puede realizar los procedimientos adecuados porque no tengan el personal o la infraestructura necesaria, se traslada al sitio donde se pueda recibir la atención.

El procedimiento a seguir cuando un solicitante de los servicios no puede acreditar su identidad ni su dirección es canalizarlo al área de trabajo social. En caso de ser una urgencia real, se atiende de manera inmediata y cuando se encuentran fuera de peligro se les informa que existen cuotas de recuperación para el hospital y se revisa la posibilidad de quedar exentos de pago. Como un apoyo complementario, trabajo social brinda la orientación adecuada para que consigan los documentos necesarios para la obtención del servicio de gratuidad o seguro popular.

## Cuadro 2. Procedimiento cuando no se puede acreditar identidad

	<i>Médicos</i>	<i>Enfermeras</i>	<i>Psicólogos</i>	<i>Trabajadora Social</i>	<i>Total</i>
Canaliza a Trabajo Social		1			1
No contesto		1			1
Se atiende	20	15	1	8	44
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>46</b>

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a prestadores de servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

Continuando con las respuestas, los prestadores de servicios médicos del Distrito Federal refieren que las personas migrantes tienen acceso a servicios de segundo y tercer nivel; no debemos olvidar que estamos hablando de servicios de urgencias y no consulta externa.

En cuanto al tema de medicamentos gratuitos, cuando el paciente se presenta por una urgencia, como primer paso se les brindan todas las atenciones necesarias incluyendo los medicamentos; pero una vez resuelta la situación primaria, se revisan las condiciones del paciente y si éste no cuenta con algún servicio de gratuidad se ve la posibilidad de afiliarlo para que obtenga los medicamentos. Si por alguna situación no cubre los requisitos, entonces el paciente deberá de comprar sus medicamentos.

### *Trámites administrativos para el acceso a los servicios de salud pública*

Para que las personas migrantes extranjeras puedan estar inscritos al Seguro Popular o al Seguro de Gratuidad y así recibir servicio médico gratuito, tienen que contar con un documento que acredite la estancia en nuestro país. Sólo pueden obtener la póliza de afiliación aquellas personas que puedan comprobar la residencia en nuestro país.

El presente estudio muestra que siete de cada diez personas migrantes entrevistadas en el Distrito Federal afirman que *tuvieron que cubrir con los requisitos para acceder a los servicios de salud pública*, lo que representa un obstáculo para quienes no cuenten con algún documento que certifique su condición de regularidad.

### **INICIATIVA CIUDADANA Y DESARROLLO SOCIAL, INCIDE SOCIAL, A.C.**

Hilario Pérez de León No. 80, Col. Niños Héroes de Chapultepec, Benito Juárez, México D. F., 03440  
 Tel. y Fax.: 5590-87-54 E-mail.: [incide@incidesocial.org](mailto:incide@incidesocial.org), [incidesocialac@yahoo.com.mx](mailto:incidesocialac@yahoo.com.mx), Web: [www.incidesocial.org](http://www.incidesocial.org)

A través de las entrevistas pudimos conocer si las personas migrantes que asisten a los servicios de salud recibieron medicamentos gratuitos:

- El 42% de los migrantes recibió medicamentos gratuitos de los cuales el 35% cubrió con algún requisito solicitado y el 6% no cubrió los requisitos.
- El 42% de los encuestados no recibió medicamentos gratuitos. De este porcentaje el 29% cubrió con alguno de los requisitos solicitados y el 13% no los cubrió.
- El 74% de los migrantes cubrió algún requisito, el 23% no lo cubrió y el 3% no contestó.

Al analizar los datos, observamos que el 74% de la población entrevistada pudo acreditar su identidad y estancia en la Ciudad de México y con ello acceder a los servicios de salud, esto conlleva que las personas que no cumplen con estos requisitos no acceden a los servicios y tampoco reciben los medicamentos.

Para quienes no pueden acceder a estos servicios de salud gratuitos tienen como opción (única) asistir al médico privado. Cuatro de cada diez personas migrantes entrevistadas señalan que asisten a los servicios médicos privados por no contar con alguno de los documentos que solicitan.

En los *hospitales de urgencias* se les da el servicio a todas las personas que lo soliciten, no se requiere de ningún documento para la atención médica y ésta se brinda independientemente de su condición migratoria. Después de estabilizar al paciente, personal de trabajo social realiza los trámites administrativos para poder definir si puede acceder al Programa de Gratuidad, Seguro Popular o dispensa de pago.

Es el centro de salud (primer nivel) adonde se canaliza al paciente para entrar a *consulta externa* y recibirá atención especializada. Éste no puede presentarse a solicitar estos servicios si no es referido por su médico a través de su hoja de referencia. Para ello, es

fundamental estar inscrito en los programas de Gratuidad o Seguro Popular, de lo contrario tienen que pagar los servicios incluyendo especialidades y hospitalización.

Ambos servicios se dan en los hospitales de segundo nivel. Al respecto, el personal profesional de salud señala que en estos lugares “a nadie se le niega el servicio, pero no pasa lo mismo para quienes requieren de medicina externa”.

*La atención a la salud mental* para las personas extranjeras que se encuentran en condición de irregularidad es necesaria por la exclusión social que padecen, las carencias económicas, la escasa posibilidad de empleo y, sobre todo, por la poca claridad de su permanencia en México. Personal de un Albergue menciona que “no es suficiente una estancia de dos meses, vienen vulnerables, con personalidades rotas, inestabilidad emocional, cuadros depresivos muy profundos. Es necesario ayudarlos a salir porque llegan sin expectativas, derrotados ya desde sus países”. En este sentido es vital que estas personas puedan acceder a los servicios de salud y recibir orientación psicológica -o psiquiátrica-; se convierte en una necesidad de vida que puede establecer la diferencia en cómo esta población se integra a la sociedad.

La personas extranjera que requieran *atención de situaciones de la violencia de género*, seguirán los mismos procedimientos que hacen para acceder en los hospitales de segundo nivel; éste es aplicable para toda la población mexicana; la diferencia radica en que por ser un problema de violencia se notifica al ministerio público. SEPAVIGE (Servicios de prevención y atención de la violencia de género) es el programa donde se identifica y da seguimiento al problema, el cual cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por psicólogos, trabajadores sociales y médicos.

Mientras las reglas de operación de los programas de gratuidad y seguro popular mantengan los criterios restrictivos de no permitir el acceso a los servicios en tanto no acrediten su identidad y residencia, no podemos hablar de ciudades incluyentes.

*El costo de los servicios y medicamentos* es otra barrera que encuentran los migrantes extranjeros después de cubrir los requisitos que solicitan para acceder a los servicios médicos. Cuatro de cada diez personas entrevistadas señalaron que *no reciben los medicamentos gratuitos*. Y en el caso de que hayan requerido un análisis, dos de cada diez entrevistados mencionaron que tuvieron que pagar ese servicio, lo que contrasta con lo establecido en el artículo 9 de la *Ley de Salud*, que señala que los servicios médicos, así como los medicamentos, serán otorgados de manera gratuita.

El suministro completo de medicamentos impacta positivamente en la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios de atención primaria de los SESA. La población migrante entrevistada señala que el abastecimiento de medicamentos en los centros de salud es incompleto, convirtiéndose en un argumento para no recurrir a los servicios de salud pública.

Debido al perfil socioeconómico de la población entrevistada hay una tendencia a solicitar servicios públicos cuando se enferman o tienen necesidad de consultar a un médico; sin embargo, cuatro de cada diez migrantes extranjeros *recurren a un servicio privado*, como farmacias Similares y del Ahorro. Estos establecimientos abundan en toda la ciudad, ofrecen servicios de consulta a muy bajo precio y los medicamentos son relativamente accesibles.

Según la percepción de los profesionales de salud que trabajan en hospitales de urgencias y consulta externa, mencionan que de acuerdo a la normatividad del sistema de salud, a las personas extranjeras se les brindan todas las atenciones necesarias, incluyendo los medicamentos. Pero para terminar con el tratamiento, incluyendo las visitas de control y medicamento, la persona deberá estar afiliada al servicio de gratuidad.

Concluimos este punto señalando que otorgar de manera gratuita los servicios médicos y medicamentos se convertirá en un incentivo para una búsqueda temprana de atención con los consiguientes beneficios para la población.

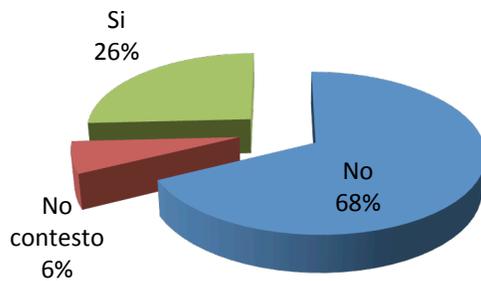
*La ineficiencia en la prestación de servicios de salud* es un factor que también disuade o priva de incentivos para la utilización de los servicios de los centros de salud; por ejemplo, los prolongados tiempos de espera para la atención, la falta de especialistas y la carencia del equipo. De las personas migrantes que se encuentran inscritos en algún programa de salud pública señalan que *prefieren asistir a una farmacia* porque los atienden rápido, en un promedio de 15 minutos de espera, mientras que en los servicios de atención primaria o centros de salud, esperan de 3 a 5 horas.

Los resultados muestran que la mayoría de los entrevistados busca acceso a los servicios de salud de primer nivel para atender enfermedades epidémicas agudas como gripe o por problemas digestivos. Sin embargo, el desarrollo de algunos determinantes en salud presentes por su condición de migrante extranjero y el estrato económico bajo pueden influir en el desarrollo de una enfermedad grave.

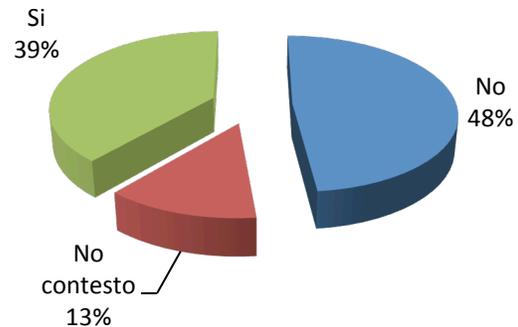
### ***Aceptabilidad***

Al buscar un servicio de salud público con enfoque de interculturalidad, es necesario conocer la percepción de los usuarios en el sentido de equidad e igualdad. Por lo mismo, se preguntó si sintieron, durante su atención, un trato diferente al que se les brinda a la población mexicana: un 26% de las y los migrantes extranjeros respondieron que sí, siendo uno de cada cuatro huéspedes entrevistados quienes sintieron esta limitante; mientras que al cuestionarles sobre si han sentido un trato incómodo al momento de recibir atención en una institución de salud en el Distrito Federal, la respuesta fue afirmativa en un 39%; estos resultados son de llamar la atención, debido a que es un porcentaje muy elevado, como lo muestran los siguientes gráficos.

**Grafico 3. Trato diferente por su condición de migrante**



**Grafico 4. Trato que lo hiciera sentir incomodo durante el**



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

Como parte de una atención integral en salud, la comunicación resulta necesaria para un diagnóstico confiable, es por eso que cuando las personas que solicitan el servicio no hablan español, el personal que labora en las instituciones de salud busca apoyo entre sus compañeros de trabajo o, en su defecto, se busca un traductor o intérprete. También recurren al uso de señas; pero si tomamos como referencia los resultados obtenidos en las entrevistas a migrantes extranjeros, podemos afirmar que la mayor parte de ellos provienen de países centroamericanos y sudamericanos, por lo consiguiente su lengua materna es el español.

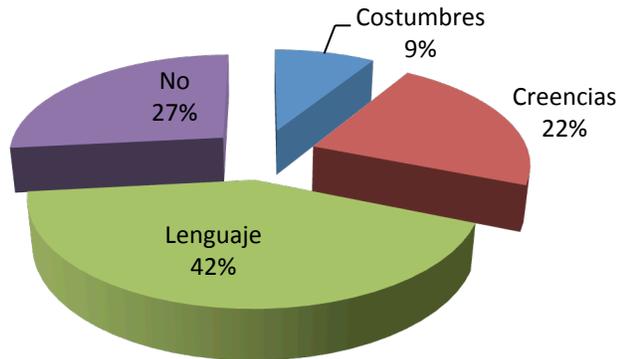
A pesar de la disposición para atender a los pacientes, el personal en los hospitales se enfrenta a la problemática de barreras como el idioma, las creencias y costumbres de las y los migrantes extranjeros ya que en ocasiones no son comprendidas.

Refiriéndonos a la pregunta que nos permite identificar limitaciones para el desarrollo óptimo de los servicios de salud en materia de atención; los resultados son que sólo el 27% de los entrevistados consideran que no existen limitaciones para brindar la atención médica y el 42% piensa que existe la limitación del lenguaje, mientras que el 22% considera una limitante a las creencias religiosas y un 9% a las costumbres.

**INICIATIVA CIUDADANA Y DESARROLLO SOCIAL, INCIDE SOCIAL, A.C.**

Hilario Pérez de León No. 80, Col. Niños Héroes de Chapultepec, Benito Juárez, México D. F., 03440  
 Tel. y Fax.: 5590-87-54 E-mail.: [incide@incidesocial.org](mailto:incide@incidesocial.org), [incidesocialac@yahoo.com.mx](mailto:incidesocialac@yahoo.com.mx), Web: [www.incidesocial.org](http://www.incidesocial.org)

**Gráfico 5. Limitaciones para brindar una adecuada atención**

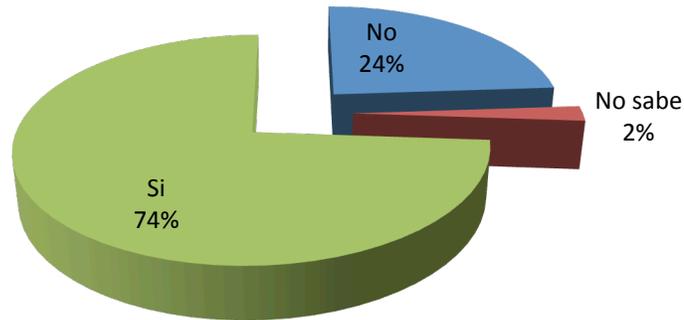


Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a prestadores de servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

Considerando que la capacitación es una herramienta indispensable para dar a conocer temas de interés que ayuden a cumplir con los objetivos establecidos por la institución, preguntamos si los prestadores del sector salud reciben capacitación desde un enfoque de Derechos Humanos y perspectiva de género. El 54% responde que no reciben capacitaciones, pero consideran que sería necesario que les proporcionaran aprendizajes en esta área pues son servidores públicos y su obligación es atender con un enfoque de Derechos Humanos (Anexo 4. Grafica 5).

Con respecto a si la Secretaría de Salud ha incorporado el enfoque de género como eje transversal en sus programas, si observamos la siguiente gráfica, el 74 % responde afirmativamente. Cabe destacar en este punto que se observó que los prestadores del servicio de salud no tienen claro lo que es el enfoque de género y sus respuestas afirmativas muchas veces correspondían a la no discriminación en el trato directo con los pacientes y no en los programas.

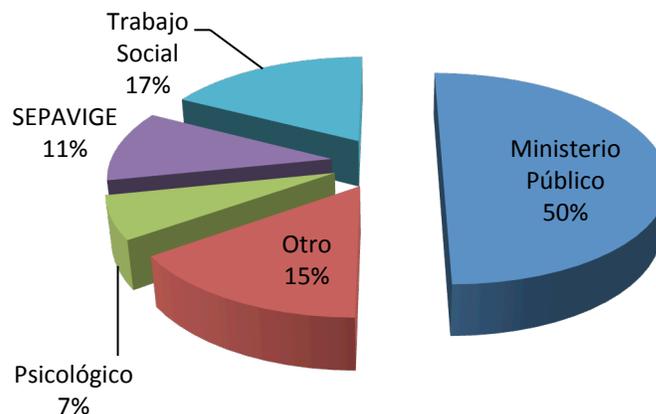
**Gráfica 6. Incorporación del enfoque de género en sus programas**



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a prestadores de servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

La violencia en México ha aumentado en los últimos años y siendo las y los migrantes extranjeros un grupo altamente vulnerable a sufrirla, se preguntó en los hospitales qué hacen cuando se presenta esta población por maltrato o violencia: el 50% de ellos respondió que deben de notificar al Ministerio Público, donde se hace una averiguación y seguimiento del caso. En ocasiones mencionaban que la gravedad de los casos es seria, debido a que muchos migrantes no quieren asistir al hospital por miedo a ser deportados a su país de origen.

**Grafica 7. Procedimiento en caso de violencia o maltrato**



*Disponibilidad de información sobre programas de salud y el derecho a la salud.*

Siendo uno de los temas centrales de este estudio la ley de interculturalidad y atención a migrantes del gobierno del Distrito Federal emitida en el 2011, uno de los hallazgos encontrados fue el desconocimiento de esta ley en las dos poblaciones entrevistadas, por lo que es necesario implementar modelos de información que permitan una difusión clara y sencilla de las metas por medio de campañas de divulgación, apoyándose en publicaciones, radio y televisión.

El gobierno mexicano, en los últimos años, le ha puesto un especial énfasis a la salud pública, la cual tiene como objetivo el estudio de enfermedades desde una visión holística, donde la idea de curar la enfermedad es importante, pero incluyen el tema de prevención, por lo que el entorno físico y social del ser humano adquiere una nueva relevancia dentro de este derecho.

Analizando los resultados de las percepciones de los migrantes centroamericanos, nos damos cuenta que a pesar de que el 55% de ellos lleva entre 1 y 10 años viviendo en México, la información recibida por parte de los centros de salud para prevenir enfermedades es escasa, siendo una limitante importante para disminuir el desarrollo de enfermedades. Se puede recomendar el énfasis en el modelo preventivo, así como buscar sensibilizar a los tomadores de decisiones del Gobierno del Distrito Federal mediante la muestra de evidencias de las necesidades sentidas de la población migrante extranjera, para en un futuro buscar incluir políticas públicas de prevención, difusión y promoción.

*Sistema de salud con perspectiva intercultural*

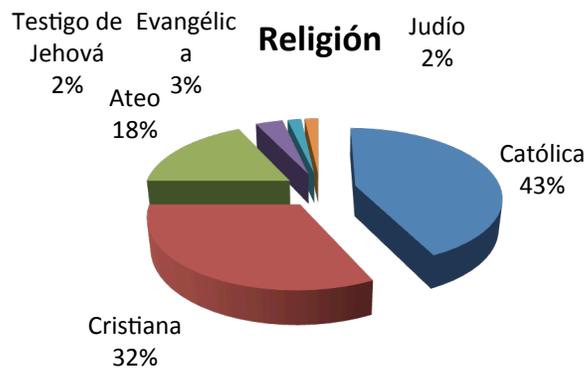
En una ciudad en donde confluyen una diversidad de culturas, es cuestionada la existencia de un modelo médico hegemónico de salud, “que determina un tipo de paciente, de cuerpo y enfermedad” (Mariano, 2008:307). Los procesos de interacción cultural han instalado maneras distintas de pensar y configurar la manera de prevenir y atender la salud, alternativas que son fruto de la migración. Así, tenemos una coexistencia de modelos que

son desvalorizados porque se consideran meras “creencias” asociadas a la falta de educación.

Para lograr la incorporación de una perspectiva intercultural en los servicios de salud pública es importante comprender que la salud de las personas migrantes no es un fenómeno aislado, que existen factores determinantes de la salud de carácter cultural y social; especialmente la pobreza, la desnutrición y el desempleo, pero también por condiciones de género y etnia.

Para el caso de nuestro estudio, los resultados de las entrevistas arrojaron que seis de cada diez personas migrantes *profesan una religión distinta a la católica*. Cuando se preguntó a las y los profesionales de salud sobre las principales limitaciones de tipo cultural que dificultan la provisión de los servicios de esta población, tres de cada diez señalaron que son *las creencias y costumbres*.

**Gráfico 8. Religión**



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

La no comprensión de la religión y las costumbres son consideradas como barreras que obstaculizan ofrecer un servicio con calidad. La Jefa de consulta externa del hospital Balbuena menciona: “tenemos pacientes que no autorizan donaciones o transfusiones sanguíneas porque su religión no se los permite. Del tipo alimentario pues realmente no, a lo más que pudiéramos tener es restricciones de carnes o que sean vegetarianos y pues se les da fruta o granos”. Al mismo respecto, la Jefa de medicina interna señala como

limitaciones a “La lengua, sus costumbres, es importante que nosotros conozcamos qué comen en casa, cómo lo comen... porque dejan mucho la comida. En la mera comida nos damos cuenta”.

El desconocer la cultura de la persona que solicita los servicios de urgencias se traduce en una problemática para la atención con calidad; sin embargo, el personal profesional también reconoce que a esas barreras se suma otra: la de la comprensión del idioma. La Jefa de medicina interna del mismo hospital, señala el procedimiento en caso de que no entienda el idioma de la persona:

“trabajo social investiga al familiar, (para conocer) si habla igual que nosotros o se busca a un traductor, porque a veces hasta no quieren ni comer porque no nos entiende o nosotros no los entendemos y decimos ¡Éste está mal! ¡Está loco! Porque no nos entienden.”

En esos casos, la medicina tradicional desempeña una función importante en la prevención y curación de enfermedades. En consecuencia, la prestación de servicios de salud modernos debe tener muy en cuenta las distintas creencias culturales, con una sensibilidad cultural suficiente para no limitar el acceso de las minorías étnicas por ese motivo.

Respecto al uso de la medicina tradicional, el estudio no arrojó resultados que nos aproximen a conocer la utilización de este método. Consideramos que esto se debe al planteamiento de la pregunta<sup>47</sup>, porque induce a mencionar la acción que toma frente a una situación, teniendo como principal respuesta que no utilizan ningún tipo de medicina tradicional. También puede ser por el perfil de población migrante y porque al afirmar que utilizan o se atienden con medicina tradicional suele activar el estigma que se asocia a la “falta de cultura”.

---

<sup>47</sup>Pregunta: En caso de realizar una práctica de medicina tradicional ¿se lo comenta al médico?

Sobre el mismo punto, a las personas migrantes extranjeras se les preguntó “¿Conoce los programas de salud que existen en el Distrito Federal? ¿Cuáles?” Ninguna de ellas mencionó tener conocimiento sobre los programas de medicina tradicional.

*La incomprensión del idioma* es un factor que limita la calidad de los servicios de salud. La comunicación entre médico y paciente se encuentra mediada por el conocimiento de la lengua; su desconocimiento llega a causar presión psicológica, principalmente para las personas extranjeras que no hablan la lengua del país de recepción. A este factor se suma el uso de tecnicismos propios de la disciplina médica, lo que supone problemas comunicativos para el paciente extranjero.

En la práctica, los hospitales y centros salud del Distrito Federal no cuentan con una estrategia eficaz para atender los retos de la diversidad cultural. Al preguntar a los profesionales sobre las principales problemáticas que enfrenta para la atención a la población migrante extranjera, señalan que es el uso del idioma. La Jefa de consulta externa señala “Huy, pues nos cuesta mucho trabajarnos, algunos han llegado con dialecto, o sea, los indígenas a pura mímica, pero si es en idioma pues buscamos a un médico para que exista comunicación”.

*La discriminación en el sistema de salud.* En la última década se han realizado importantes esfuerzos a favor de la no discriminación; sin embargo, persisten estereotipos que reproducen relaciones sociales de dominio o subordinación entre la población y tienen como principales efectos el detrimento de la igualdad del goce o el ejercicio del derecho a la salud.

La discriminación muchas veces no se percibe en la atención a la salud y los factores determinantes básicos de la salud; ejemplo de ello es que los programas de salud limitan el acceso a los servicios o el material que se produce para difundir los servicios no se encuentra en un idioma distinto al español, lo que hace evidente la exclusión social de la diversidad de la población que puede hacer uso de estos servicios.

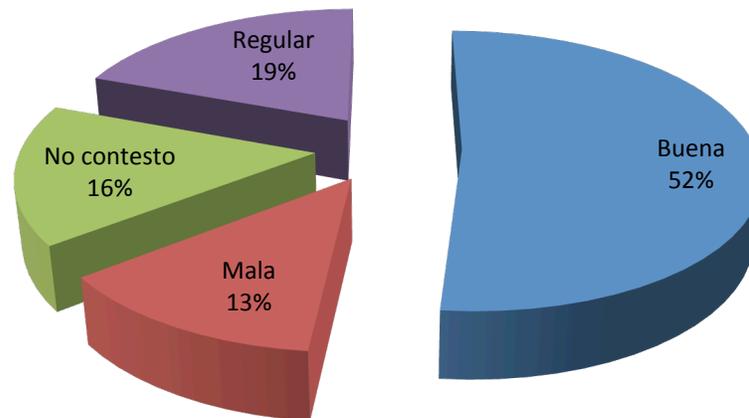
Pero también es común el trato diferenciado otorgado por los profesionales de salud a los pacientes extranjeros. Así lo manifestaron las personas migrantes entrevistadas: cuatro de cada diez *ha sentido un trato incómodo* al momento de recibir atención en algún centro de salud en el Distrito Federal; uno de cada cuatro migrantes entrevistados mencionó que recibió un trato diferente al que se le brinda a la población mexicana. Las características fenotípicas, el color de piel, la religión y su aspecto físico pueden llegar a activar prejuicios que asocian con su condición de migrantes.

### ***Calidad***

Para hacer una revisión acerca de la calidad de la atención médica, es importante conocer el equipo profesional y el empleo de la tecnología propios del modelo de salud utilizado. También hacemos un acercamiento a la relación entre el médico y el paciente, a través de la percepción que tiene el personal profesional de salud (trabajadores sociales, enfermeras y médicos) acerca del derecho que tienen los migrantes extranjeros a recibir la atención hospitalaria; es por eso que se vuelve fundamental para conocer cómo pueden entrar en juego los sesgos ideológicos, traduciéndose en la otorgación de un trato diferenciado en la calidad de atención. La reflexión sobre el tipo de prácticas que se ejercen dentro de los centros de salud y hospitales de emergencia nos muestran las diferencias en los indicadores sanitarios.

Poco más de la mitad de las y los migrantes extranjeros, califican a los servicios recibidos en las instituciones de salud del Distrito Federal como buena, pues reconocen que existe poco personal y un exceso de pacientes, mientras que el resto de los entrevistados los califica entre regular, mala o prefirieron no responder.

**Gráfica 9. Calificación por la atención recibida**



**Fuente:** Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

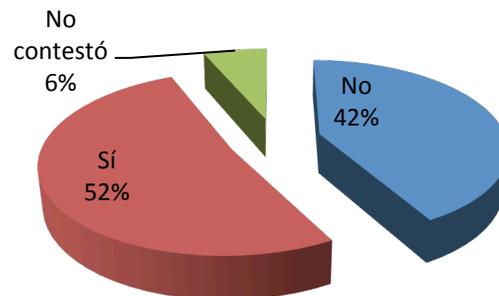
Durante el desarrollo de nuestras actividades nos dimos cuenta que cada área dentro de la estructura organizacional del hospital realiza sus trabajos de acuerdo a las reglas de operación y normas a las que se apega. El trabajador tiene claramente delimitado su espacio de acción y competencia; el personal médico y de enfermería están dispuestos a dar el apoyo necesario a los pacientes, con el objetivo de evitar padecimientos e incluso la pérdida de la vida, mientras que el personal de trabajo social y psicología orientan a los migrantes para que obtengan servicios de gratuidad o de exención de pagos, en este sentido, un doctor comenta “si alguien viene por padecimiento, tenemos el compromiso legal y moral, y se tienen que dar el servicio”. Se puede decir que las y los migrantes extranjeros reciben el mismo trato que la población no migrante extranjera en el Distrito Federal. Al respecto un doctor del Hospital Dr. Grerorio Salas menciona “la atención médica no se debe condicionar, se debe dar a quien la solicite, requiera y necesite, expedita, gratuita y sin condiciones”.

## ***Derechos Humanos***

La mayoría de los entrevistados cuenta con nivel básico de enseñanza, lo que puede influir en la falta de interés y el desconocimiento de sus derechos y por esta razón, no tener las herramientas en conocimientos para poder exigirlos.

Al mencionar el tema del conocimiento de sus derechos, como lo muestra el siguiente gráfico, encontramos que el 52% de la población migrante extranjera dice conocer sus derechos al recibir atención médica, pero un alto porcentaje (42%) no saben del tema y la falta de información en esta área representa un factor determinante para la violación de sus derechos.

**Gráfico 10. ¿Conoce sus derechos?**



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a Migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

Finalmente, nos gustaría mencionar la respuesta a la pregunta sobre si han recibido apoyo de alguna institución, donde la mayoría de las y los migrantes extranjeros agradecen a instituciones, como SEDEREC o Sin Fronteras, su apoyo en áreas como trámite de documentación, regularización, apoyos económicos, médicos, entre muchos otros y esto debemos destacarlo.

## CONCLUSIONES

Comenzaremos hablando de la normatividad de la Secretaría de Salud, la cual se ve reflejada en las reglas de operación de sus programas. Esta característica institucional no facilita que las poblaciones migrantes extranjeras puedan acceder a los servicios de salud. Se visibilizó que el principal obstáculo detectado con el que se enfrentan las y los migrantes son los requisitos solicitados en la atención de primer nivel.

En caso de que las personas migrantes extranjeras tengan los documentos que se les solicitan para acceder a los servicios de salud pública, la mitad de las persona entrevistadas tuvo que cubrir los gastos de los medicamentos, es decir el principio de gratuidad que señala la Ley de Salud del Distrito Federal no se aplicó.

Las personas migrantes extranjeras que logran cubrir los requisitos y acceder a los servicios médicos gratuitos expresaron sentir un trato incómodo y diferente a las personas nacionales, es decir el derecho a la no discriminación aún no es un derecho que las personas migrantes extranjeras puedan disfrutar plenamente.

Los migrantes extranjeros provienen en su mayoría de Centroamérica, muchos de ellos con experiencias de violencia institucional y diferentes razones por las que salen de su país de origen en la búsqueda de mejores condiciones de vida. Por lo mismo, llegan con una autoestima deteriorada y requieren de apoyo emocional para incorporarse a un proyecto de mediano plazo y con esto lograr sentar las condiciones mínimas de inserción en una comunidad diferente. Son procesos que implican rupturas afectivas, culturales, religiosas, familiares, en ese sentido es una población que requiere atención de profesionales de salud mental por su situación de vulnerabilidad; sin embargo, acceder a servicios de salud pública para ellos significa certificar su estancia regular en el país o pagar los servicios médicos.

La pregunta que nos hacemos es cómo el Estado mexicano puede garantizar que esta población pueda recibir los servicios médicos sin que medie cumplir con requisitos que no pueden comprobar.

En este sentido, el gobierno local tiene la obligación de hacer cumplir los Derechos Humanos irrenunciables de las poblaciones vulnerables que habitan esta Ciudad, a través del diseño de políticas públicas dirigidas a coadyuvar la ausencia de servicios provenientes de su situación irregular en el país. Asimismo, se tiene que legislar en la materia y modificar la normatividad de los programas que no hacen posible que los migrantes extranjeros tengan acceso a todos los programas de gobierno que tienen los nacionales.

Se tiene que evaluar el impacto que han tenido los procesos de capacitación en los funcionarios y servidores públicos del sector salud, para conocer en qué grado han comprendido e incorporado los contenidos de la ley de interculturalidad, asimismo, cómo lo han incorporado en su práctica profesional.

Es necesario considerar que la calidad de la atención de los servicios de salud no depende sólo de la buena voluntad de los prestadores de servicios, es fundamental que se modifiquen las reglas de operación para que no exista limitante alguna que obstaculice el acceso a los servicios de salud a los migrantes extranjeros.

En las capacitaciones que refieren haber recibido los prestadores de servicios del sector salud, se ha puesto el énfasis en violencia intrafamiliar. Consideran que estas capacitaciones les han sido útiles porque tienen más elementos para comprender a los pacientes; mencionan que dan un trato digno con una mirada holística a los usuarios.

El personal de salud refiere que los servicios se les proporcionan a quienes lo soliciten sin distinción de ningún tipo, no les interesa su condición migratoria; sin embargo, de acuerdo a la normatividad no es posible que puedan acceder a consulta externa porque tienen que ingresar referidos de primer nivel de atención, es decir de los centros de salud.

Consideramos que la permanente capacitación que reciben respecto a cómo mejorar las relaciones laborales y trato digno a usuarios facilita la relación prestador de servicios-paciente y, aunado a las modificaciones necesarias a las reglas de operación, lograrían un avance significativo en la calidad de la atención y el acceso a personas migrantes extranjeras, logrando con ello garantizar su derecho a la salud.

Finalmente, podemos mencionar que más de la mitad de los migrantes extranjeros califican los servicios de salud como buenos, el 13%, los califica como malos y el 19% como regular. Estas respuestas nos llevan a reflexionar lo que los migrantes entendieron en esta pregunta para responder y, a manera de hipótesis, podemos decir que quienes valoran de manera positiva los servicios de salud lo hacen a partir de que recibieron el servicio y el tratamiento para resolver su problema de salud; por otra parte, quienes calificaron en forma negativa suponemos que es a partir del trato recibido, aunado a que no les proporcionaron el servicio y medicamentos. Las personas migrantes extranjeras entrevistadas acuden principalmente a los servicios de salud por problemas de gripe, estomacales e hipertensión, es decir, enfermedades que deben ser atendidas en servicios médicos de primer nivel.

## RECOMENDACIONES

### *Disponibilidad*

- Una *red de atención a personas migrantes* que ofrezca servicios de mediación intercultural, que se coordine con los albergues para sumar esfuerzos ante situaciones de emergencia de salud.

### *Accesibilidad*

- Incorporar el enfoque de Interculturalidad como eje transversal en la normatividad de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.
- Promover una cultura de inclusión a través de diagnósticos que visibilicen las condiciones de salud de esta población.
- Armonizar las reglas de operación de los programas de salud con las leyes locales y federales para que las poblaciones de migrantes accedan a los servicios médicos del Distrito Federal sin necesidad de cubrir ningún trámite.
- Para asegurar la calidad en la asistencia médica a las personas extranjeras es importante el desarrollo de estrategias que permitan monitorear la salud de estas personas. Hacer accesible la información para el desarrollo de hábitos de cuidado y estilos de vida saludable.
- Los servicios de atención médica de primer nivel deben realizar un mayor esfuerzo para adaptar su oferta a las necesidades de la población y asegurar su eficacia en la consecución de objetivos, impulsando las reformas a la legislación necesarias,

considerando principalmente el eliminar los requisitos que se les solicita a las personas migrantes para acceder a los servicios de salud.

- Diseñar un sistema de registro que identifique a los grupos huéspedes, migrantes y sus familias que tengan acceso a los servicios de salud (centros de salud y urgencias), con el objetivo de monitorear la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y calidad profesional de los servicios médicos y tratamientos que recibe esta población.
- Considerar que el Estado tiene la obligación de crear las medidas necesarias para que las personas migrantes extranjeras tenga acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud y puedan gozar cuanto antes del más alto nivel posible de salud física y mental.

### ***Aceptabilidad***

- Para superar las barreras culturales e idiomáticas puede ser útil implicar a líderes de comunidades migrantes para la promoción de la salud. Invitar a organizaciones de la sociedad civil que defiende los derechos y libertades de ésta población para formar grupos de mediadores culturales entre las personas migrantes y el sistema de salud.
- Una figura de mediación social que tenga como función la intermediación lingüística, intermediación cultural, la orientación de los usuarios y profesionales de los servicios hacia una efectiva igualdad de acceso.
- Contar con un mecanismo de traducción simultánea vía telefónica, para realizar consultas directas de interpretación simultáneas en diferentes idiomas.

#### **INICIATIVA CIUDADANA Y DESARROLLO SOCIAL, INCIDE SOCIAL, A.C.**

- Los establecimientos, bienes y servicios deben estar culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas. Y sensibles a las necesidades propias del género y el ciclo de vida.
- Es necesario que todos los funcionarios relacionados con el tema de salud pública tengan una formación o se les brinden capacitaciones con una perspectiva de interculturalidad.

### ***Calidad***

- Contar con un registro sistematizado de las personas que tienen acceso a los servicios de emergencia, que puedan arrojar información sobre la nacionalidad, el tipo de enfermedad y el estado de salud.
- Dotar al personal de trabajo social de mayores herramientas para un mejor servicio de atención, en específico en la resolución de problemas de acceso y comunicación intercultural.
- Es importante realizar estudios que evidencien los efectos de las disparidades por razones de origen étnico, el acceso a los servicios y la calidad de la atención de salud.

### ***Derechos Humanos***

- Es necesario el apoyo de instituciones y dependencias que tengan como atribución la difusión de información para la sensibilización y concientización del trato digno a las personas migrantes. Los medios de información, como la radio y televisión, juegan un papel preponderante para cumplir con esta responsabilidad social.

- Crear mecanismos para vigilar las obligaciones asumidas por el Estado, abordando los distintos aspectos del derecho a la salud. Sería importante incluir un desglose basado en los motivos de discriminación prohibidos por la legislación y los instrumentos internacionales.
- Se tiene que hacer un ejercicio de armonización entre las leyes locales, federales y los instrumentos internacionales con las reglas de operación de los programas de salud, que no dan cuenta de los convenios internacionales en materia de Derechos Humanos.

## FUENTES CONSULTADAS

Aguilar, Rodrigo. *Migración de menores de edad Estados Unidos-México en el período 2000-2010: ¿retornados o inmigrantes?* El Colegio de México, programa de doctorado en Estudios de Población. Ponencia mesa Migración Internacional. 2011

Asamblea Legislativa del Distrito Federal, V Legislatura. *Ley de interculturalidad, atención a migrantes y movilidad humana en el distrito federal*. Publicada en la gaceta Oficial del Distrito Federal el 07 de abril de 2011

Blanco Restrepo H. y Maya Mejía J. M. (eds) *Fundamentos de salud pública tomo II Administración de la salud pública.*, 1ª edición. Medellín, 2003.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Última reforma publicada DOF 19-07-2013. 1917

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Ley de migración*. Texto vigente. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de mayo de 2011.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Ley sobre Refugiados y Protección Complementaria*, Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de enero de 2011.

Cobo, Salvador y Pilar Fuerte (2012) *Refugiados en México. Perfiles sociodemográficos e integración social*. Editado por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Secretaría de Gobernación, Subsecretaría de Población, Migración y Asuntos Religiosos, Unidad de Política Migratoria, Centro de Estudios Migratorios, Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados, Instituto Nacional de Migración. México.

Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados. *Encuesta sobre la Población Refugiada en México 2011*, Secretaría de Gobernación, México.

Comité Derechos Económicos Sociales y Cultura las de la Organización de las Naciones Unidas. *Observación General No. 14*, Aprobado el 11 de mayo de 2000.

Consejo Económico y Social *Convención sobre el estatuto de los apátridas*, 1960

Consejo Económico y Social *Protocolo sobre el estatuto de los refugiados*, 1966

*Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, preámbulo. Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of The World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

Council of Europe. *Intercultural city: towards a model for Intercultural Integration*, 2009, Background and rationale, pp. 20-28.

El Heraldo. *Nueve enfermedades infecciosas se encuentran desatendidas en Honduras*. En línea: <http://www.elheraldo.hn/Secciones-Principales/Pais/Nueve-enfermedades-infecciosas-se-encuentran-desatendidas-en-Honduras>

Gómez Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril V. M, Knaul F. M, Arreola H, Frenk, J. *Sistema de salud de México*. Salud Pública, México, 2011.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010*. México, INEGI.

107

Laurell A.C, J. Breilh. *Enseñanza y usos de la epidemiología*. SESPAS. Santo Domingo 1982

Laurell A.C. *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*. Cuadernos Médico Sociales No. 37. 1986

Laurell, A.C. *Acerca de la reconceptualización de la epidemiología*. Salud Problema 8, primera época, junio 1982.

Maya Mejía, J. M. Capítulo 2, Sistemas de servicios de salud. En: *Fundamentos de salud pública tomo II* (administración De la salud pública., 1ª edición. Editores: Blanco Restrepo H. & Maya Mejía JM. Medellín, 2003.

Observatorio de Migración Internacional del Consejo Nacional de Población. *Refugiados en México, numeralia migratoria*. 2013. En línea: [http://www.omi.gob.mx/es/OMI/Cuadros\\_Refugiados\\_en\\_Mexico](http://www.omi.gob.mx/es/OMI/Cuadros_Refugiados_en_Mexico)

Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (1986) *Observación general 15, sobre la situación de los extranjeros con arreglo al Pacto .CCPR.* 11/04/86, 27o periodo de sesiones, 1986.

En línea <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1403.pdf?view=1>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.* Adoptado por la Asamblea General de la ONU el 16 de diciembre de 1966.

Organización de Estados Americanos. *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador".* Adoptado en San Salvador, El Salvador 17 de noviembre de 1988. En línea: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

Organización de las Naciones Unidas, *Convención de las Naciones Unidas sobre el estatuto de los refugiados* (1954)

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura *Convención sobre la Protección y Promoción de la Diversidad de las Expresiones Culturales*, UNESCO 2005.

En línea <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001429/142919s.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial. *Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 9 del Convenio Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial en México.* Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial/C/MEX/CO/16-17. Distr. general 9 de marzo de 2012.

En línea <http://www.cdheh.org/v1/images/stories/Noticias/promocion/2013/6-junio/Semana2/Observaciones%20finales%20sobre%20Mex.pdf>

Organización Mundial de la Salud. *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria.* Alma-Ata, URSS. 6-12 de septiembre de 1978. Serie Salud para todos No. 1. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud, 1978.

Organización Mundial de la Salud. *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2.000"* 1981.

**INICIATIVA CIUDADANA Y DESARROLLO SOCIAL, INCIDE SOCIAL, A.C.**

Hilario Pérez de León No. 80, Col. Niños Héroes de Chapultepec, Benito Juárez, México D. F., 03440  
Tel. y Fax.: 5590-87-54 E-mail.: [incide@incidesocial.org](mailto:incide@incidesocial.org), [incidesocialac@yahoo.com.mx](mailto:incidesocialac@yahoo.com.mx), Web: [www.incidesocial.org](http://www.incidesocial.org)

Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Programa Regional del Dengue*. Situación epidemiológica del dengue en Centro América, julio, 2013.

Orozco Africano, Julio Mario, *Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena* 2006, USAID.

Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. *Calidad de los Servicios de Salud*. Williams. Guillermo. Director programas y servicios de atención a la salud. MSAS.

Ramírez Torres J. L. *Enfermedad y religión*, UAEM, Toluca, México, 2007.

Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades. *Programa Ciudad hospitalaria, intercultural y de atención a migrantes en la Ciudad de México*, 2012. En línea [http://www.sederec.df.gob.mx/sites/default/files/prog\\_ciudadhospitalaria\\_0.pdf](http://www.sederec.df.gob.mx/sites/default/files/prog_ciudadhospitalaria_0.pdf)

Secretaría de Relaciones Exteriores. *Repatriación de enfermos*. 2011

En línea <http://consulmex.sre.gob.mx/calexico/index.php/component/content/article/104>

Secretaría de Salud. *Interculturalidad y salud, Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. 2ª. Edición, México D.F. 2009.

Sepúlveda Iguíniz, Ricardo. *Reflexiones sobre la condición de refugiado y la discriminación en México*. México: Conapred, 2009.



# ANEXOS

110

---

## ANEXO 1

### Guía de Entrevista para migrantes extranjeros, usuarios de los servicios médicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

#### 1. Datos generales

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Lengua (idioma): \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

2. ¿Cuánto tiempo tiene de vivir en México?
3. ¿Cuánto tiempo tiene de vivir en la Ciudad de México? ¿En qué zona (delegación)?
4. ¿Cuál es su situación migratoria? ¿Cuenta con algún documento migratorio?

Huéspedes (Migrante Internacional)... ( )  
Solicitante de asilo..... ( )  
Refugiado ..... ( )  
Apátrida ..... ( )  
Protección complementaria ..... ( )  
Residente temporal ..... ( )  
Residente permanente ..... ( )

5. ¿Profesa alguna religión?
6. ¿Hasta qué año estudio?
7. ¿Con quién vive?
8. ¿Tiene hijos, cuántos?
9. ¿Cuántos se encuentran aquí en el país, con usted?

#### ***Servicios de salud y población migrante***

10. Cuando se enferma, ¿a dónde acude?
11. Donde acude, ¿tiene que cubrir algunos requisitos para que le den atención?  
Si ( ) No ( )
12. ¿Cuáles son los trámites que hizo para que le den el servicio que solicitó?

13. Cuando se ha presentado en un Centro de Salud para solicitar información, ¿le han ayudado a aclarar sus dudas, le han orientado adecuadamente sobre los servicios que está solicitando?
14. En caso de hablar otra lengua, ¿en el Centro de Salud lo apoyaron con la traducción para poder comunicarse?
15. ¿Ha sentido un trato diferente al que se brinda a la población mexicana o de otra nacionalidad?  
Si ( ) No ( ) Describa:
16. ¿Hubo alguna práctica o actitud especial en su atención, ya sea positiva o negativa?  
Describa:
17. ¿Cuánto tiempo ha tenido que esperar para recibir atención o consulta?
18. ¿Tiene que pagar alguna cuota para recibir los servicios en el Centro de Salud?
19. ¿Cuáles son las enfermedades o situaciones más frecuentes por las que acude al médico?
20. En el Centro de Salud, ¿le proporcionan los medicamentos de su tratamiento en forma gratuita como parte del servicio médico, o los compra en otro lado?
21. En caso de que haya necesitado de otros estudios, como análisis de orina, sangre, radiografías, ¿se los hicieron en el Centro de Salud?, ¿Tuvieron algún costo?
22. ¿Se ha realizado otro tipo de estudios en el Centro de Salud que haya tenido que pagar?
23. ¿Alguna vez a usted o alguno de sus familiares los han tenido que canalizar con un especialista a otro hospital? ¿A qué especialidad, cómo los atendieron?
24. En alguna situación de urgencia por un problema de salud, ¿a dónde ha ido?
25. ¿Usted o su familia han acudido a los servicios de medicina preventiva como vacunación, salud bucal, medición de colesterol, planificación familiar para prevenir enfermedades en usted o su familia?
26. Cuando pasa a consulta, ¿se siente en confianza con su médico para platicarle su estado de salud? Si ( ) No ( ) Describa

27. Durante la consulta ¿le ha costado trabajo entender lo que el médico le está diciendo? ¿Qué hace cuando no logra entender lo que dice el médico?
28. Si no está de acuerdo con el tratamiento o tiene dudas, ¿se lo menciona al médico?, Si ( ) No ( ) ¿por qué?
29. Las indicaciones que le da el médico para seguir su tratamiento, ¿son claras?
30. En el caso de realizar prácticas de medicina tradicional, ¿se lo comenta al médico? , ¿Ha sentido algún regaño o maltrato por sus creencias o prácticas?
31. ¿Durante los servicios que ha recibido, le han dado algún trato que lo haya hecho sentir incómodo? Si ( ) No ( ) Describa
32. En su última consulta, ¿recibió un trato diferente a otros usuarios por su condición de migrante?
33. ¿Le parece que los trámites que se tienen que hacer para que le proporcionen los servicios de salud, son los adecuados, o considera que el procedimiento puede ser diferente? ¿cómo?
34. ¿Cómo calificaría la atención recibida por el personal del Centro de Salud?
35. ¿Conoce los programas de salud que existen en el Distrito Federal? ¿Cuáles?
36. ¿Conoce cuáles son sus derechos en su situación de migrante?
37. ¿Alguna organización o institución que lo ha apoyado? ¿Cuál? ¿En qué?

## ANEXO 2

### Guía de Entrevista para prestadores de servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

Centro de Salud u Hospital: \_\_\_\_\_

Delegación: \_\_\_\_\_

- 1- ¿Cuántos años tiene de trabajar en este Centro de Salud u Hospital?
- 2- ¿Cuántos años tiene usted?
- 3- ¿Cuáles son los trámites que las personas migrantes tienen que hacer, para tener acceso a los servicios de salud?
- 4- ¿Tienen que hacer algún trámite o requisito adicional al que hace la población en general, para que se les dé consulta o acceso al servicio que solicitan?  
Sí ( ), No ( ) ¿Cuál?
- 5- ¿Qué es lo que hace usted, cuando un solicitante de los servicios no pueden acreditar su identidad, ni su dirección?
- 6- ¿Existen programas especiales para esta población o tienen acceso a los programas ya existentes?  
Sí ( ) No ( ) ¿Cuáles?
- 7- Si se presenta una necesidad de emergencia con algún usuario/a, ¿con quién se coordina la Secretaría de Salud para dar respuesta, lo canaliza a otras instancias?
- 8- ¿Las personas migrantes tienen acceso a servicios de segundo y tercer nivel?
- 9- ¿Cuáles son los servicios que con mayor frecuencia solicita esta población?, y ¿Cuáles los que si se brindan?
- 10- Cuando acuden a consulta, ¿se les proporcionan los medicamentos en forma gratuita como parte del servicio? Sí ( ) No ( ) ¿Por qué?
- 11- ¿Qué hace usted cuando las personas que solicitan el servicio, no hablan español?

12- En la Secretaría de Salud, ¿existe algún programa de medicina tradicional?

Sí ( ) No ( ) ¿Cuáles?

13- ¿Considera que existen algunas limitaciones de tipo cultural, que pueden dificultar la provisión de los servicios a esta población? Sí ( ) No ( ) ¿De qué tipo?

- lenguaje..... ( ) Especificar:
- costumbres ..... ( )
- creencias ..... ( )

14- ¿La Secretaría de Salud ha incorporado el enfoque de género como un eje transversal en sus programas?

Sí ( ) No ( ) ¿En cuáles?

15- Cuando acuden personas migrantes por maltrato o violencia a solicitar algún servicio o consulta, ¿qué es lo que ustedes hacen, cuál es el procedimiento que siguen?

No acuden ( )

16- A partir de la normatividad de la Secretaría de Salud, ¿existe algún impedimento para proporcionar los servicios de salud a las personas migrantes?

Sí ( ) Explicar detalladamente No ( )

17- Para usted que proporciona el servicio, ¿considera que el procedimiento que se sigue para otorgar el servicio es el adecuado?

18- ¿Tiene algunas sugerencias para la atención a esta población?

19- ¿Ha participado en alguna capacitación sobre migración o derecho a la salud desde un enfoque de Derechos Humanos y perspectiva de género? Si ( ) ¿Cuál?

Pasa a la siguiente pregunta No ( ) concluye la entrevista

20- ¿Considera que esta capacitación le aportó algo que ha sido útil en su práctica médica o servicio que proporciona? Si ( ) No ( ) Describa:

### ANEXO 3

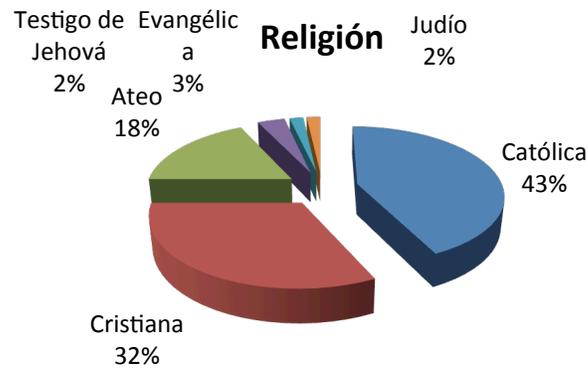
#### Resultados de las entrevistas a migrantes extranjeros, usuarios de los servicios médicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

**Cuadro 2. Distribución hombres y mujeres por país de origen**

<i>País</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
El Salvador	7	7	<b>14</b>
Honduras	7	3	<b>10</b>
Guatemala	4	4	<b>8</b>
EEUU	1	4	<b>5</b>
Colombia	2	1	<b>3</b>
Ecuador		3	<b>3</b>
México/EEUU	1	2	<b>3</b>
Argentina		1	<b>1</b>
Bolivia	1		<b>1</b>
Canadá		1	<b>1</b>
Congo	1		<b>1</b>
Costa Rica	1		<b>1</b>
Cuba	1		<b>1</b>
España		1	<b>1</b>
Nicaragua	1		<b>1</b>
Panamá	1		<b>1</b>
Perú	1		<b>1</b>
<b>Total general</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>56</b>

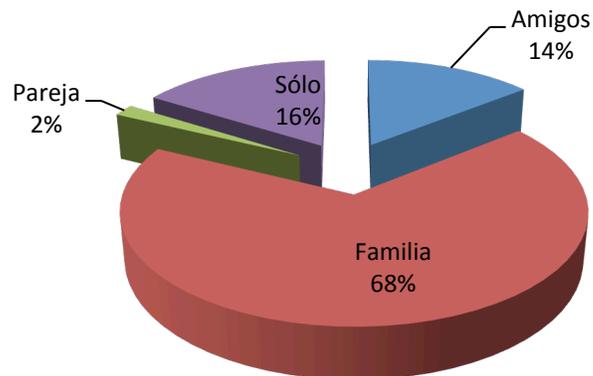
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

**Gráfico 2. Religión**



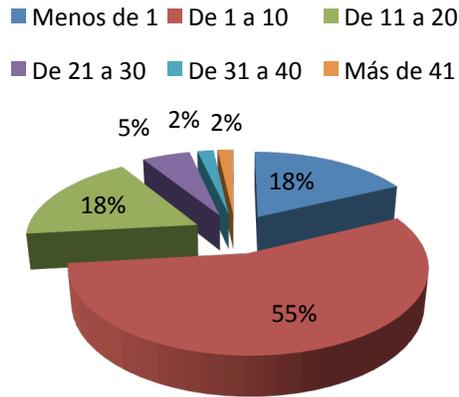
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

**Gráfico 3. ¿Con quién viven?**



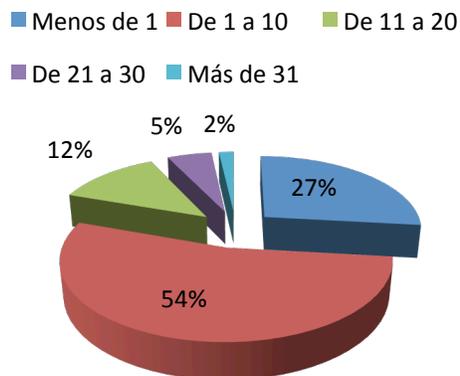
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

**Gráfica 4. Años de vivir en México**



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

**Gráfica 5. Años de vivir en el Distrito Federal**



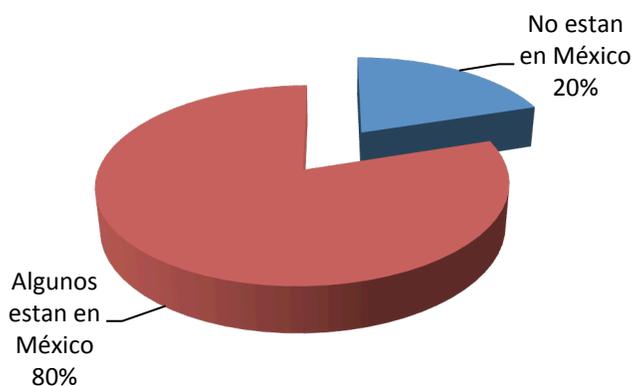
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

**Cuadro 4. Distribución de hombres y mujeres por situación migratoria**

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Residente permanente	12	10	22
Residente temporal	9	8	17
Huéspedes	7	7	14
No contesto		1	1
Solicitante de asilo	1		1
Turista		1	1
<b>Total general</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>56</b>

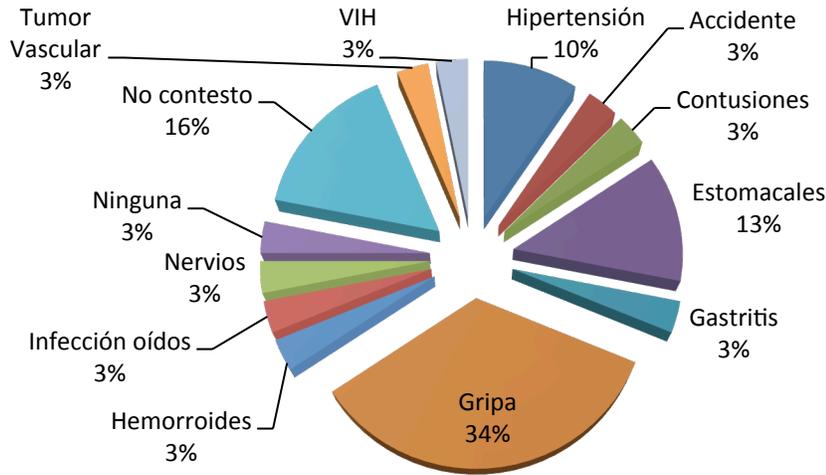
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

**Gráfico 6. Con hijos en México**



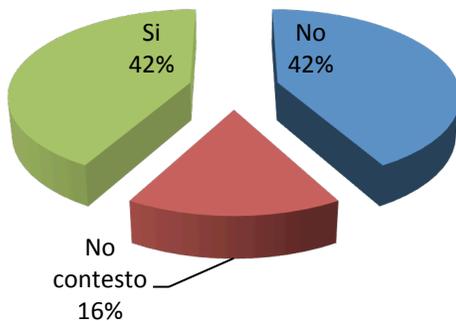
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

**Gráfica 7. Principales causas por las que visita al médico**

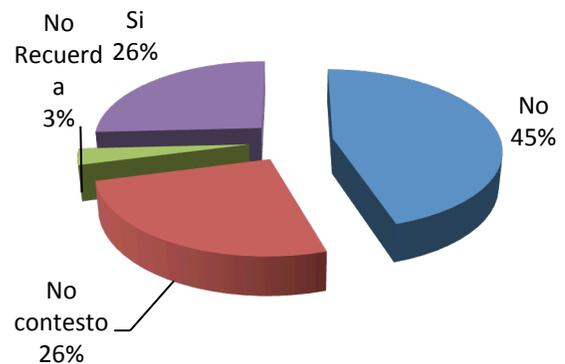


Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

**Gráfica 8. ¿Recibió medicamento gratuito?**

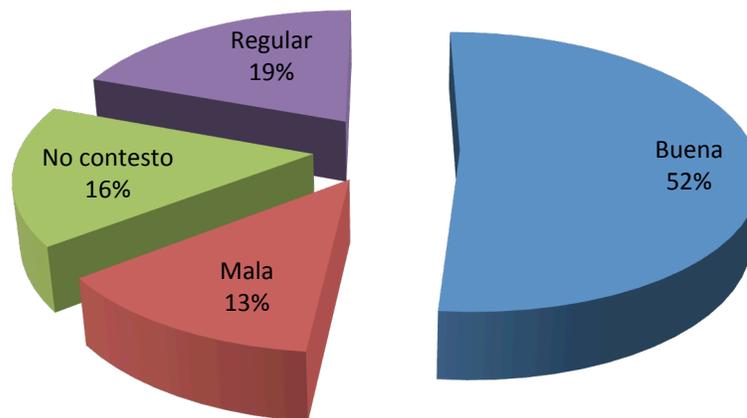


**Gráfica 9. Pago por realización de análisis**



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

**Gráfica 10. Calificación por la atención recibida**



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes extranjeros. Distrito Federal. 2013

## Anexo 4

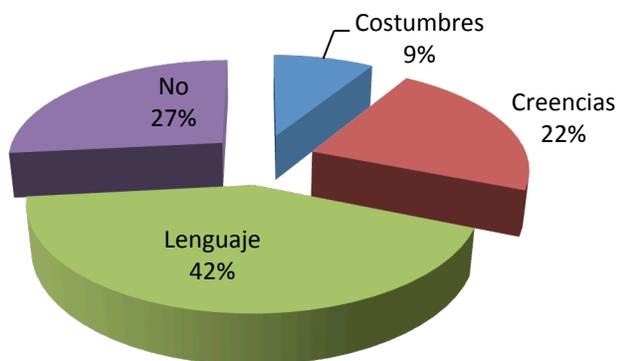
### Resultados de las entrevistas a prestadores de servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

**Cuadro 1. Trámite o requisito adicional**

	<i>Médicos</i>	<i>Enfermeras</i>	<i>Psicólogos</i>	<i>Trabajadora Social</i>	<i>Total</i>
No	19	15	1	8	43
Si	1	2			3
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>46</b>

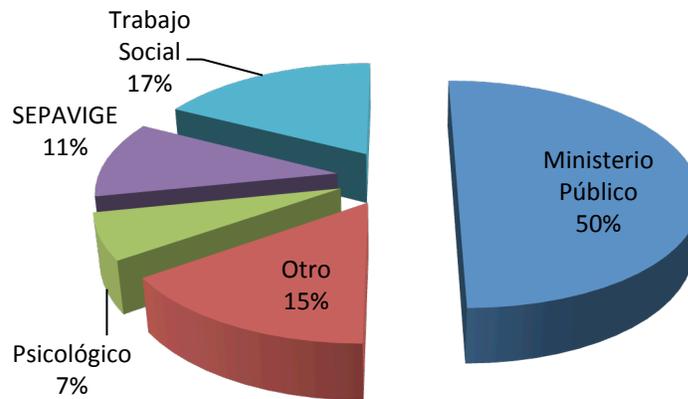
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a prestadores de servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

**Gráfico 1. Limitaciones para brindar una adecuada atención)**



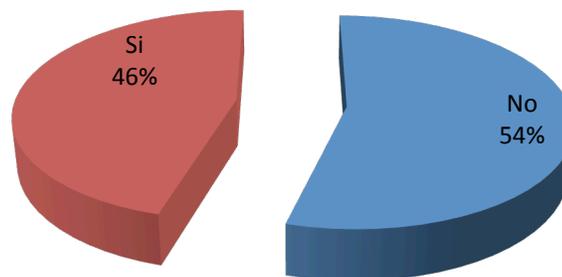
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a prestadores de servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

**Gráfica 2. Procedimiento en caso de violencia o maltrato**



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a prestadores de servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

**Gráfica 3. Capacitación con enfoque de Derechos Humanos y perspectiva de género**



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a prestadores de servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013



Miguel Ángel Mancera Espinosa

Jefe de Gobierno del Distrito Federal

Hegel Cortés Miranda  
Secretario de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades

Ignacio Ruíz López  
Dirección General de Desarrollo Rural

Sodelba Alavez Ruiz  
Dirección General de Equidad para los Pueblos y Comunidades

Guadalupe Chipole Ibáñez  
Dirección de Atención a Huéspedes, Migrantes y sus Familias

Elizabeth Pulido García  
Subdirección de Proyectos Especiales y Vinculación Comercial

Primera edición, 2013

124

---

D.R. © 2013,  
Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades  
Abraham González N° 67, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, 06600,  
México, D.F.

Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social, INCIDE Social, A.C.  
Niños Héroes de Chapultepec 80, Niños Héroes de Chapultepec, Benito Juárez, 03440  
México, D.F.

Impreso y hecho en México  
Printed in México



SECRETARÍA  
DE DESARROLLO RURAL Y EQUIDAD  
PARA LAS COMUNIDADES