



Diagnóstico sobre acceso a servicios de salud para personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas

Autora: María Blanca López Arellano

Coordinación: Carolina Carreño Nigenda, Karla Silvia Meza Soto y Nancy Pérez García

Coordinadoras / Coordinators

Carolina Carreño Nigenda

Karla Silvia Meza Soto

Nancy Pérez García

Autora / Author

María Blanca López Arellano

Diseño / Design

Augusta Belem Arévalo Calderón

La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad de Sin Fronteras IAP, el Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Nacional Autónoma de México y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea.

Cualquier comentario, solicitud o aclaración sobre esta publicación escríbenos al correo:

publicaciones@sinfronteras.org.mx

Queda prohibida la reproducción parcial o total, directa o indirecta del contenido de la presente obra, sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito de los editores, en términos de lo así previsto por la Ley Federal del Derecho de Autor y, en su caso, por los tratados internacionales aplicables.

The reproduction, partial or total, direct or indirect of the content of this book is prohibited, without previous and express permission in writing from the publishers, in terms of Federal copyright law and, where appropriate, by applicable international treaties.

Primera edición, Junio 2014 / First edition, June 2014

Sin Fronteras I.A.P. © 2014

ISBN:

Impreso en México / Printed in Mexico

SIN FRONTERAS IAP

Es una organización civil mexicana, laica, apartidista y sin fines de lucro creada en 1995 que contribuye a la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos de las personas migrantes, solicitantes de asilo, refugiadas, beneficiarias de protección complementaria y apátridas para dignificar sus condiciones de vida a través de la atención directa e incidencia en la agenda pública.

Sus objetivos son: a) contribuir al efectivo ejercicio de los derechos humanos de las personas migrantes internacionales, solicitantes de asilo, beneficiarias de protección complementaria, apátridas y refugiadas en México; b) contribuir a la dignificación de la condición de las personas migrantes y refugiadas a través de la promoción de una cultura incluyente basada en derechos humanos; c) promover el desarrollo y la aplicación de un marco normativo, de programas y políticas públicas integrales acordes a los estándares del derecho internacional y, d) fortalecer la capacidad institucional de la organización.

www.sinfronteras.org.mx

SIN FRONTERAS IAP

Is a secular, non-profit, non-partisan Mexican civil society organization created in 1995 that contributes to the promotion, protection and defense of the human rights of international migrants, asylum seekers, refugees, beneficiaries of international protection and stateless persons in order to dignify their life conditions through direct assistance and political advocacy in the public agenda.

Their objectives are: a) contribute to the effective exercise of rights of international migrants, asylum seekers, beneficiaries of international protection, stateless persons and refugees in Mexico; b) contribute to dignifying the life conditions of migrants and refugees through the promotion of an inclusive culture supportive of the human rights; c) promote the development and implementation a normative framework of programs and integral policies consistent with international law and, d) strengthen the institutional capacity of Sin Fronteras.

www.sinfronteras.org.mx

Directorio de Sin Fronteras I.A.P.

Patronato

Fabienne Venet

Presidenta

Directora del Instituto de Estudios y Divulgación sobre Migración, A.C., México D.F.

Blanca Villaseñor Roca

Tesorera

Directora del Albergue del Desierto, Mexicali, Baja California

Vladimiro Valdés Montoya

Secretario

Director del Servicio Jesuita a Migrantes, México D.F.

Adriana Cortés Jiménez

Vocal

Directora de la Fundación Comunitaria del Bajío, Irapuato, Guanajuato

Rodolfo García Zamora

Vocal

Profesor/Investigador de la Universidad Autónoma de Zacatecas, Zacatecas

Gustavo López Castro

Miembro

Profesor/Investigador de El Colegio de Michoacán, La Piedad, Michoacán

Manuel Ángel Castillo

Miembro

Profesor/Investigador de El Colegio de México, México D.F.

Luis Enrique Graham

Miembro

Socio de Chadbourne & Parke, S.C., México D.F.

Genoveva Roldán Dávila

Miembro

Profesora/Investigadora Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM, México D.F.

Leticia Calderón Chelius

Miembro

Profesora/Investigadora Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, México D.F.

Dirección General

Nancy Pérez García

Directora General

Rosalba Soto Palma

Asistente de la Dirección General

Karla Silvia Meza Soto

Sub-coordinadora del área de Vinculación

Paulo Sergio Martínez Sumuano

Encargado de Comunicación

Vladimir Tlali Zuñiga

Desarrollo de Proyectos

Administración

Perla Xóchitl Morales Salazar

Coordinadora de Administración

Ricardo Hernández Damián

Contador

Ana Belén Hernández Hernández

Apoyo General

Coordinación de Atención y Servicios

Diana Martínez Medrano

Coordinadora de Atención y Servicios

Carolina Carreño Nigenda

Sub-coordinadora de Acompañamiento Psicosocial

Adriana Hernández Méndez

Psicóloga de Acompañamiento Psicosocial

Gilda Maribel Álvarez Mariano

Trabajo Social

Sandra Lorena Cano Padilla

Sub-coordinadora del Área Legal

Pamela Castro Lobato

Abogada encargada de la Clínica Jurídica de Documentación Migratoria e Identidad

Alejandra Macías Delgadillo

Abogada encargada del Área de Solicitantes de Asilo

Índice

I.	Introducción	8
II.	Justificación	10
III.	Marco Conceptual	11
	1. La migración hacia un enfoque de interculturalidad	
	1.1 Derechos humanos de las personas migrantes internacionales en México	
	2. La Salud en el contexto de la migración internacional	
	2.1 Derecho a la salud	
	2.2 Servicios de salud	
IV.	Metodología	19
	1. Técnicas e instrumentos para la recolección de información	
	2. Definición de los estudios	
	3. Actividades desarrolladas	
	4. Nota metodológica	
V.	Resultados	22
	1. Información general	
	2. Análisis a partir de los cuatro ejes del derecho a la salud	
VI.	Conclusiones	43
VII.	Recomendaciones	45
VIII.	Fuentes consultadas	47
IX.	Anexos	49

I. 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.

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

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 la condición de refugiada, 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 que es el de la salud desde un enfoque de interculturalidad, concebido 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, 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 presentes¹”, el cual nos permitió comprender la situación en la que se encuentra la población migrante internacional 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 el derecho a la salud se encuentra establecido en distintos instrumentos internacionales (como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto In-

¹ Ley de interculturalidad, atención a migrantes y movilidad humana en el Distrito Federal

ternacional 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 capítulo de resultados presentamos los hallazgos encontrados en el análisis de la información. En éste podemos constatar cómo las reglas de operación de los programas de salud del Distrito Federal no facilitan que las personas migrantes internacionales puedan acceder a los servicios que como personas tienen derecho.

Pudimos constatar, cómo las situaciones a las que se enfrentan estos grupos en su proceso migratorio tienen 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.

II. Justificación

La Ciudad de México, siendo una entidad de recepción, tránsito, expulsión y retorno de personas migrantes, ya sean migrantes, solicitantes de asilo y refugiados 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 centroamericanos 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 y programas implementados por las instituciones de salud (Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal) 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.

III. Marco 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 (INEGI, 2011:62), lo que ha significado un enorme 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, Atención a Migrantes y Movilidad Humana en el Distrito Federal*² 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 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).

² 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

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"³. La estancia de la persona migrante internacional 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)⁴ 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.

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 internacional 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.⁵

En México, las personas migrantes internacionales que se encuentren en territorio nacional y que tengan su documentación migratoria 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.

1.1 Derechos humanos de las personas migrantes internacionales en México

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.

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

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

⁵ 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

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 ha firmado y ratificado tratados internacionales que reconocen y garantizan los derechos que tiene toda persona migrante, solicitante de asilo o refugiada 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 y su estatus migratoria. 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) .

Asimismo, 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 Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 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 mo-

tivada por origen étnico o nacional (...) tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.

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, color de piel o nacionalidad, el Comité contra la Discriminación 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 las personas 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).

2. La Salud en el contexto de la migración internacional

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 tema migratorio 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 persona 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, A.C.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 características, los cuales a su vez se manifiestan en la forma de perfiles o patrones de enfermedad o de salud” (Breilh,J y Laurell,A.C.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, A.C. 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 como 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 personas 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”⁶.

Para este estudio retomamos la propuesta de 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”⁷. 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.

2.1 Derecho a la salud

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

⁶ Glosario, OMS (1998)

⁷ 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.

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.

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.

2.2 Servicios de salud

Para que el sistema de salud mexicano logre alcanzar el objetivo de mayor grado de salud en la sociedad, incluidas las personas migrantes, cuenta con los llamados servicios de salud, los cuales buscan prevenir o tratar las enfermedades; no solo 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 resolutoria, niveles de atención y complejidad.^{8, 9}

Nos enfocaremos para este estudio en los servicios públicos de salud de la Ciudad de México, para conocer la situación del acceso a los servicios de salud por parte de la población migrante internacional, conocer si asisten a ellos y, en caso de no ser así, porqué 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.

Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG).

Características de las reglas de operación

La *Ley de Salud del Distrito Federal*, expedida el 26 de Agosto del 2009, 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 Ley de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las personas que residen en el Distrito Federal (LAGSMMDF).

⁸ Maya Mejía JM. Capítulo 2, Sistemas de servicios de salud. En: Fundamentos de salud

⁹ Fundamentos de salud pública tomo II (administración De la salud pública., 1ª edición. Editores: Blanco Restrepo H. & Maya Mejía JM. Medellín, 2003.

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 (LAGSMDF) 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 internacionales que se encuentran en condición de irregularidad. Al respecto el Comité Derechos Económicos

Sociales y Culturales¹⁰ 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 la población mexicana puede tener acceso a los servicios de salud, en este sentido no se respetan los derechos humanos .

¹⁰ Comité Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas. Observación General No. 14, Aprobado el 11 de mayo de 2000

IV. METODOLOGÍA

1. Técnicas e instrumentos para la recolección de información

Se llevó a cabo una recolección de información cualitativa. Para ello, se diseñaron 2 diferentes instrumentos:

- Guía de entrevista para migrantes internacionales
- Guía de entrevista para prestadores de servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

2. 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 pretende lograr 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.

3. Actividades desarrolladas

Investigación documental

- Se elaboró un marco teórico-conceptual referente a migración, salud y los servicios de salud
- Análisis del marco normativo nacional e internacional del derecho a la salud
- 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,) para el acceso a la salud.

Investigación cualitativa

1. Se elaboraron las guías de entrevistas.
2. Se realizaron entrevistas a personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas, 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 internacionales del albergue Casa Tochán.

3. 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.
4. Se hicieron tres entrevistas con informantes clave de las siguientes organizaciones: Sin Fronteras IAP, Casa de Acogida, Formación y Empoderamiento de la Mujer Migrante (CAFEMIN), Casa Tochán
5. Se llevó a cabo un grupo focal en el Casa Tochan.
6. Se organizó, sistematizó y analizó la información para interpretar los resultados a la luz del marco teórico.

Respecto al número de entrevistas realizadas a migrantes internacionales, no responden a una muestra estadística, el criterio a seguir fue entrevistar a personas 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 personas migrantes alojadas en Casa Tochán.

El único criterio de selección era que fueran migrantes internacionales, solicitantes de asilo o refugiados; 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 porque no recibimos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal el listado de los centros de salud. 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 población migrante¹¹, 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.

4. Nota metodológica

Este diagnóstico se realizó en colaboración con Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social, INCIDE Social A.C en el marco del 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, 2013.

¹¹ Las delegaciones son: 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

V. Resultados

A continuación se presentan los resultados de las entrevistas que se hicieron a personas migrantes internacionales 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 internacionales, 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 internacionales

Comenzaremos con los hallazgos encontrados en relación a la distribución por género y edad de la población migrante internacional 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 hombres y mujeres por edad

Rango	Hombres	Mujeres	Total
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 internacionales. Distrito Federal. 2013

La mayoría de los entrevistados proceden de países centroamericanos. 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.

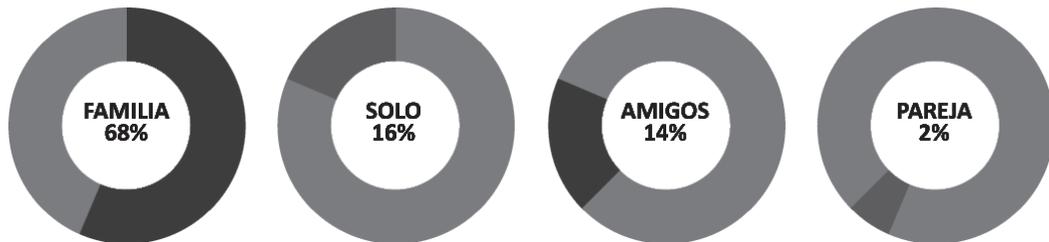
Cuadro 2. Nacionalidad

País de Origen		País de Origen	
Argentina	2%	El Salvador	25%
Bolivia	2%	España	2%
Canada	2%	Guatemala	14%
Colombia	5%	Honduras	18%
Congo	2%	México/EEUU	5%
Costa Rica	2%	Nicaragua	2%
Cuba	2%	Panamá	2%
Ecuador	5%	Perú	2%
EEUU	9%		

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

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 1. ¿Con quién viven?



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

Confirmando este dato, el 80% tienen alguno de sus hijos en México, los cuales necesitan del acceso a la atención de la salud.

Gráfico 2. Con hijos en México



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

Haciendo referencia a la escolaridad, la mayor parte de las personas 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.

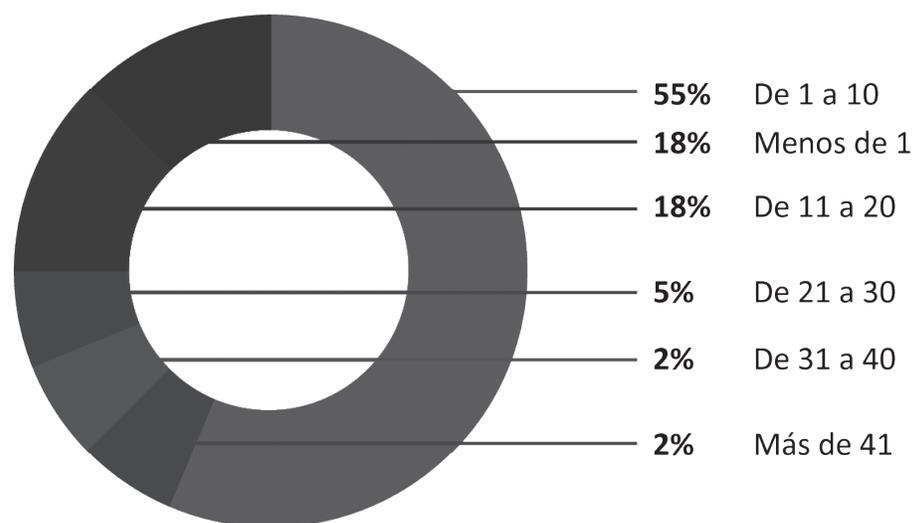
Cuadro 3. Escolaridad

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

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

Al observar los resultados sobre el tiempo que tienen las personas 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%.

Gráfico 3. Años viviendo en México



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

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.

Cuadro 4. Distribución de hombres y mujeres por situación migratoria

	Hombres	Mujeres	Total
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
Total general	29	27	56

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

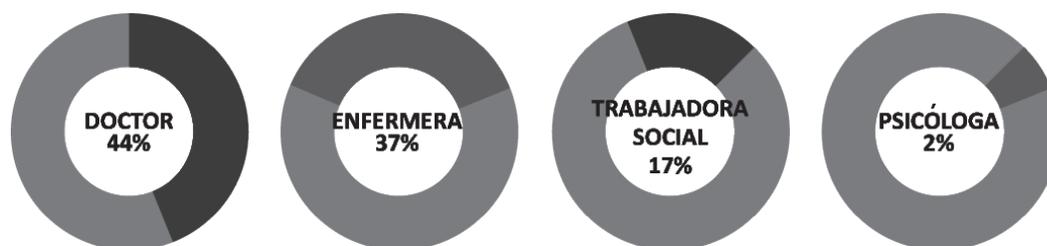
Anteriormente, los resultados nos mostraron que la mayoría de las personas migrantes internacionales viven con sus familias.

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.

Gráfico 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 personas 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 5 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 5. Cuándo se enferma, ¿a dónde acude?



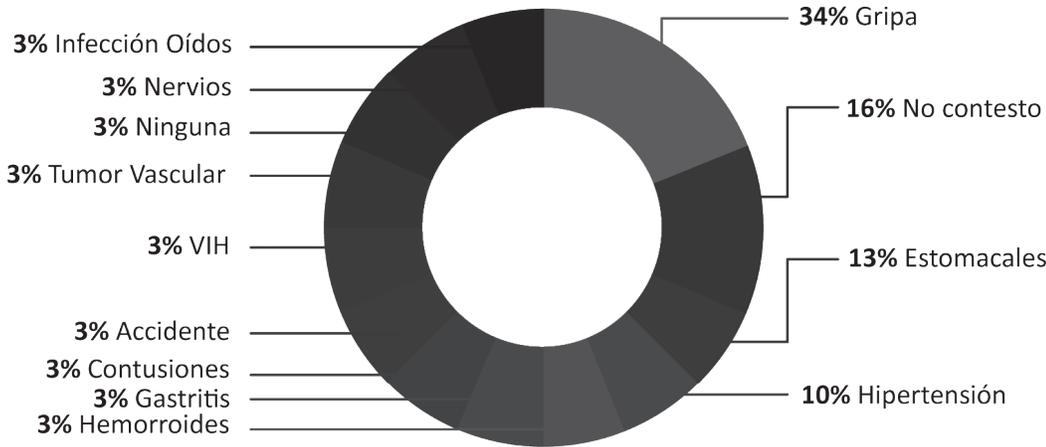
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a Migrantes internacionales. Distrito Federal. 2013

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 internacional, “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 internacionales, los resultados muestran que en primer lugar es por las enfermedades respiratorias con un 34%, seguido de enfermedades digestivas e hipertensión. Es importante señalar que el 16% de los encuestados no contestó.

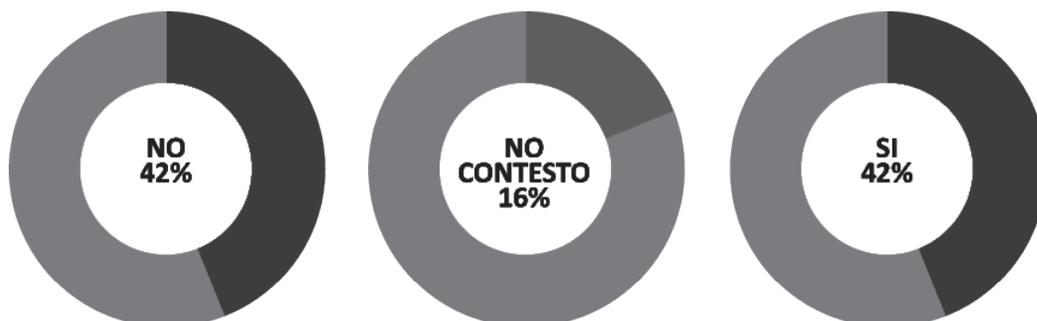
Gráfico 6. Principales causas por las que visita al médico



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

Una vez que las personas migrantes 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.

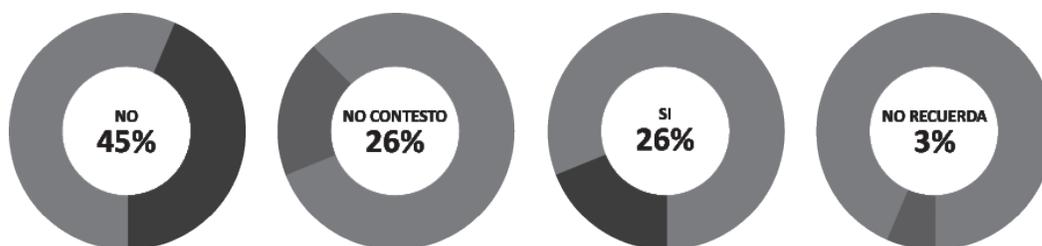
Gráfico 7. ¿Recibió medicamento gratuito?



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

Aunado a la información anterior, el 45% de las y los migrantes internacionales 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 8. Pago por realización de análisis



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

Accesibilidad

Al referirnos a los trámites que las personas migrantes internacionales 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 acuerdo a la normatividad, 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 internacional 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 5. Trámite o requisito adicional

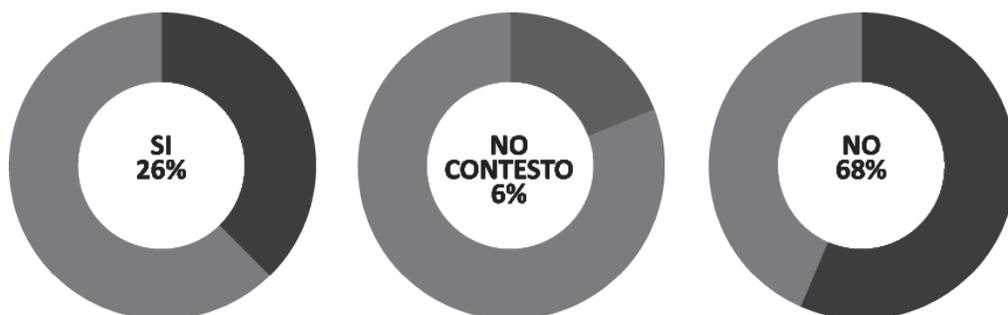
	Médicos	Enfermeras	Psicólogos	Trabajadora Social	Total
No	19	15	1	8	43
Si	1	2			3
Total	20	17	1	8	46

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 5, 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.

Gráfico 9. Procedimiento cuando no se puede acreditar identidad



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 internacionales 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.

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

- El 42% de las personas migrantes recibió medicamentos gratuitos de los cuales el 35% cubrió con algún requisito solicitado y el 7% no cubrió los requisitos.

- El 42% de las personas encuestadas 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 las personas 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 recibir 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 migrantes 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.

Las personas migrantes que requieran atención por situaciones de 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 internacionales 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 del Distrito Federal, 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 Servicios Estatales de Salud (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 internacionales 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

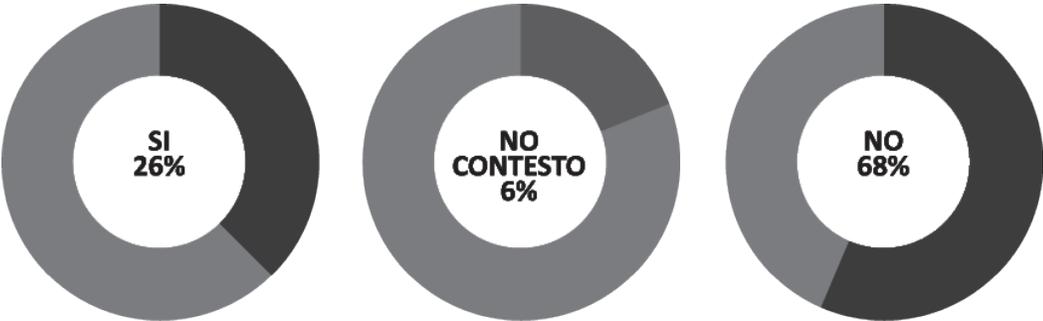
se encuentran inscritos en algún programa de salud pública señalan que prefieren asistir a una farmacia porque los atienden rápido, en un promedio de 15 minutos de espera, mientras que en los servicios de atención primaria o centros de salud, esperan de 3 a 5 horas.

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

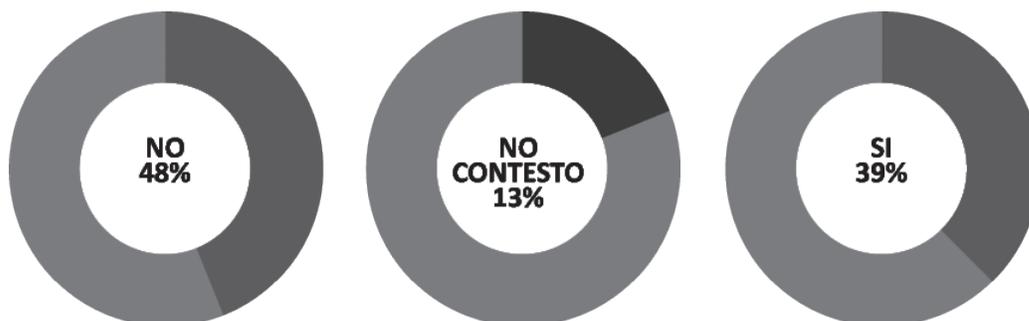
Al buscar un servicio de salud público con enfoque de interculturalidad, es necesario conocer la percepción de los usuarios en el sentido de equidad e igualdad. Por lo mismo, se preguntó si sintieron, durante su atención, un trato diferente al que se les brinda a la población mexicana: un 26% de las y los migrantes internacionales 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.

Gráfico 10. Trato diferente por su condición de migrante



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

Gráfico 11. Trato que lo hiciera sentir incomodo durante el servicio



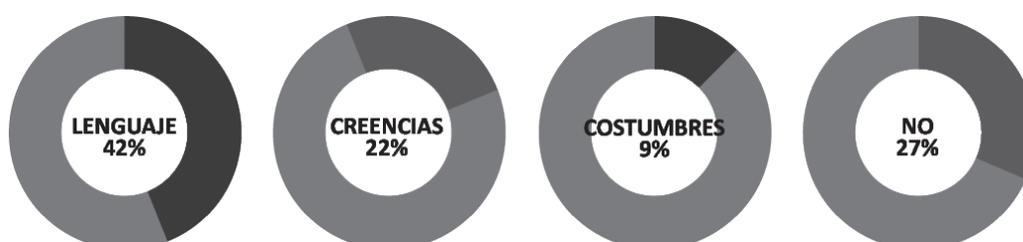
Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes internacionales. Distrito Federal. 2013

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 internacionales, 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 internacionales 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.

Gráfico 12. Limitaciones para brindar una adecuada atención

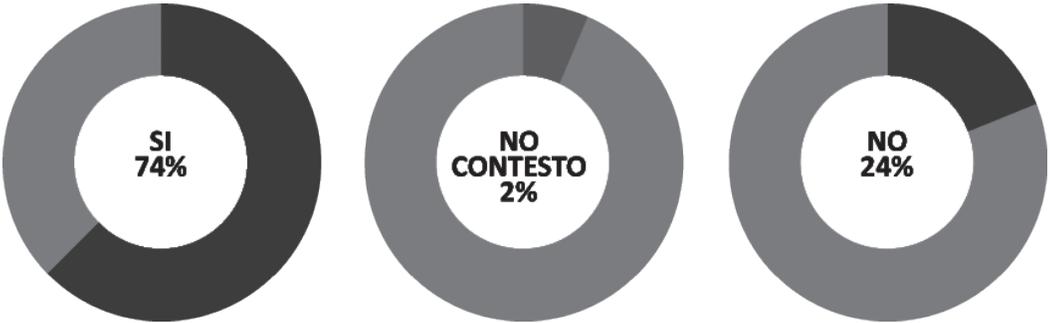


Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas realizadas a prestadores de servicios de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. 2013

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.

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.

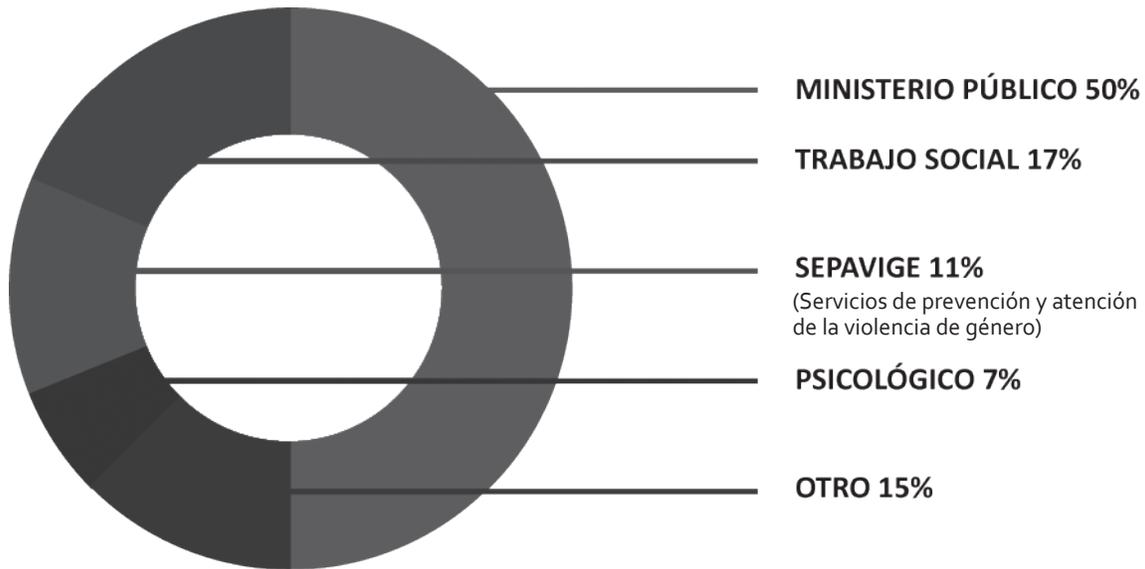
Gráfico 13. Incorporación del enfoque de género en sus programas



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 internacionales 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.

Gráfico 14. 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

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, Atención a Migrantes y Movilidad Humana en el 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.

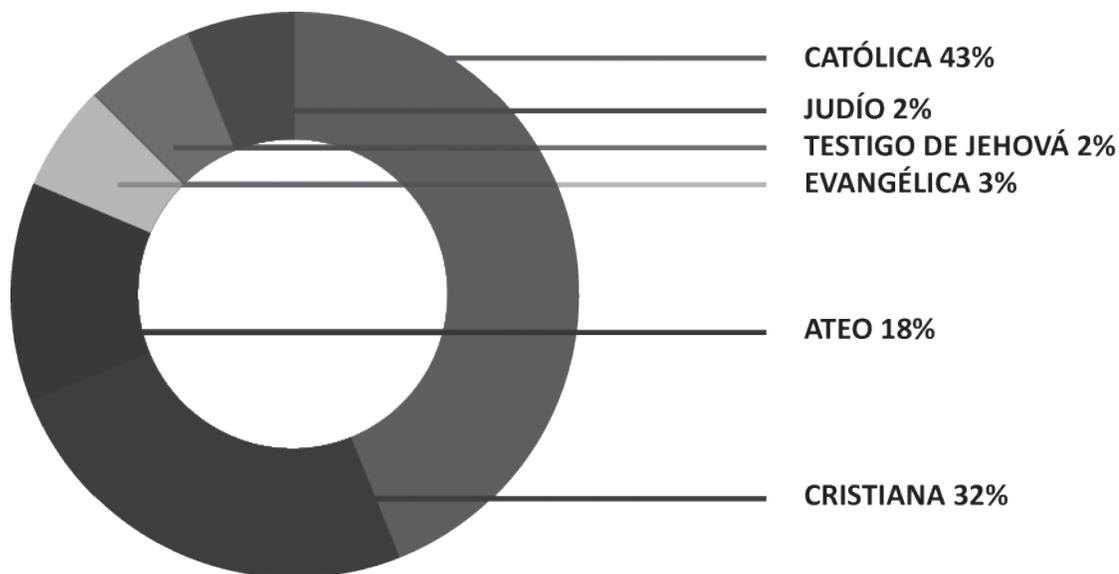
Sistema de salud con perspectiva intercultural

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 15. Religión



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a migrantes internacionales. 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 ¡Este 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 pregunta¹², 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”.

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.

¹² Pregunta: En caso de realizar una práctica de medicina tradicional ¿se lo comenta al médico?

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 comunicarnos, 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.

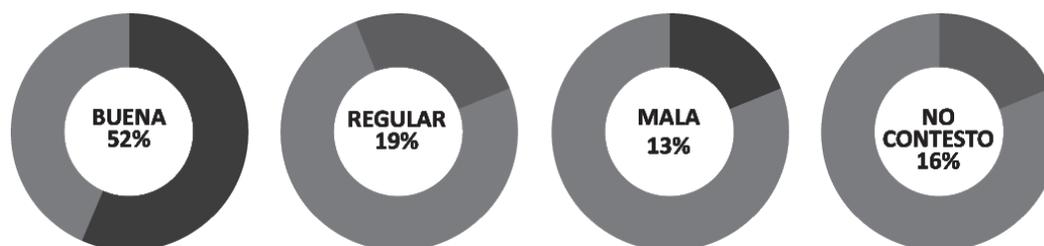
Pero también es común el trato diferenciado otorgado por los profesionales de salud a los pacientes extranjeros. Así lo manifestaron las personas migrantes entrevistadas: cuatro de cada diez ha sentido un trato incómodo al momento de recibir atención en algún centro de salud en el Distrito Federal; uno 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 internacionales 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 internacionales, 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.

Gráfico 16. Calificación por la atención recibida



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

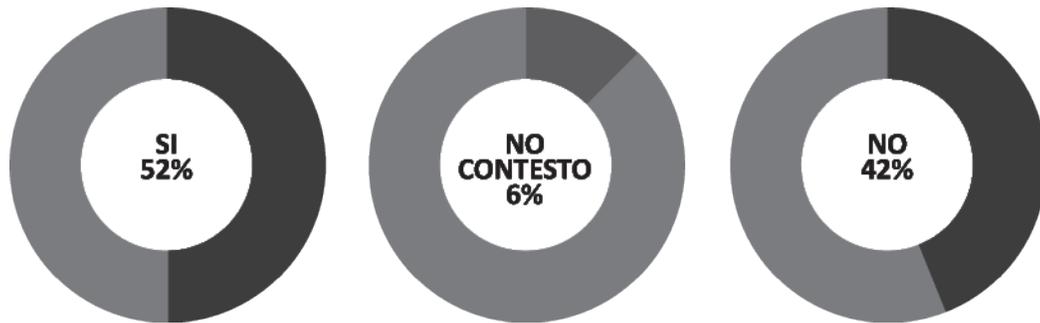
Durante el desarrollo de nuestras actividades nos dimos cuenta que cada área dentro de la estructura organizacional del hospital realiza sus trabajos de acuerdo a las reglas de operación y normas a las que se apegan. El trabajador tiene claramente delimitado su espacio de acción y competencia; el personal 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 internacionales reciben el mismo trato que la población no migrante extranjera en el Distrito Federal. Al respecto un doctor del Hospital Dr. Gregorio 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 17. ¿Conoce sus derechos?



Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de las entrevistas a Migrantes internacionales. 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 internacionales 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.

VI. 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 internacionales puedan acceder a los servicios de salud. Se visibilizó que el principal obstáculo detectado con el que se enfrentan las personas migrantes son los requisitos solicitados en la atención de primer nivel.

En caso de que las personas migrantes internacionales 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 internacionales 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.

La población migrante proviene en su mayoría de Centroamérica, mucha de ella con experiencias de violencia institucional y diferentes razones por las que sale 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 ellas 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

las personas migrantes internacionales 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 las personas migrantes internacionales.

En las capacitaciones que refieren haber recibido los prestadores de servicios del sector salud, han 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 las personas migrantes internacionales califican los servicios de salud como buenos. Más de la mitad, 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.

VII. Recomendaciones

Disponibilidad

- Crear 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, refugiados y solicitantes de asilo puedan acceder a los servicios médicos del Distrito Federal a través de procedimientos administrativos accesibles, acordes con sus posibilidades y situación migratoria.
- Para asegurar la calidad en la asistencia médica a las personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas, es importante el desarrollo de estrategias que permitan monitorear la salud de estas poblaciones. Hacer accesible la información para que las personas con diferentes culturas e idiomas puedan comprender los mensajes transmitidos y se promueva 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 la población migrante internacionales que tenga 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 internacionales 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.
- 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.

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.

VIII. 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 TheWorldHealthOrganization, Nº 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 líneas: <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.
- 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.
- Laurell A.C, J. Breilh. Enseñanza y usos de la epidemiología. SESPAS. Santo Domingo, 1982

IX. Anexos

Anexo 1. Guía de Entrevista para migrantes internacionales, 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. Cuándo 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?

Si () 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:



S I N
FRONTERAS
I A P