

DIÁLOGO ENTRE FRONTERAS: ACCESO AL DERECHO A LA SALUD DE PERSONAS EN MOVILIDAD

REPORTE PRELIMINAR DE HALLAZGOS

2021



01 *INTRODUCCIÓN*

03 *PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO*

04 *PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO*

08 *CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS*

16 *ACCESO A INFORMACIÓN SOBRE DERECHO A LA SALUD*

18 *ACCESO A ATENCIÓN MÉDICA Y PSICOLÓGICA*

22 *TRATO DIGNO*

26 *REFLEXIONES DESDE ALBERGUES Y ORGANIZACIONES DEFENSORAS
DE DERECHOS DE PERSONAS EN MOVILIDAD EN CHIAPAS Y BAJA
CALIFORNIA*

31 *ALGUNAS CONCLUSIONES PARA CONTINUAR CONSTRUYENDO*

INTRODUCCIÓN

En medio del contexto de pandemia por COVID-19, a nivel nacional han aumentado las preocupaciones por las condiciones de salud y de acceso a la atención médica y psicológica de la población en general y de grupos poblacionales expuestos a mayores condiciones de vulnerabilidad, discriminación social y desigualdad extrema. Las personas en condición de movilidad humana en México (personas migrantes, desplazadas forzadas internas y solicitantes de protección internacional) son parte de estas poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, se enfrentan a obstáculos estructurales e históricos de acceso al derecho a la salud, que se han hecho más visibles con la pandemia y las medidas gubernamentales adoptadas para gestionar la crisis sanitaria.¹

La salud es un derecho humano (artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos) con base en la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un servicio que debe impartirse garantizando la no discriminación, disponibilidad, accesibilidad, calidad y universalidad. Pese a que en México el derecho a la protección de la salud constitucionalmente se garantiza de forma universal sin poner como requisito la ciudadanía, y la Ley General de Migración determina en su artículo 27 la responsabilidad de la Secretaría de Salud en “promover en coordinación con las autoridades sanitarias de los diferentes niveles de gobierno que, la prestación de servicios de salud que se otorgue a los extranjeros, se brinde sin importar su situación migratoria y conforme a las disposiciones jurídicas aplicables”, son recurrentes los testimonios de personas migrantes en tránsito y solicitantes de protección internacional a quienes se les ha negado su derecho al acceso a la protección de la salud o han tenido que superar diversos obstáculos para conseguir atención médica. Por ejemplo, recientemente el Danish Refugee Council y el Servicio Jesuita a Refugiados identificaron a partir de encuestas a población en movilidad entre 2020 y 2021 barreras de acceso a la salud como el costo de los medicamentos, la ausencia de atención médica especializada, largos tiempos de espera, falta de información, la distancia a un centro de atención y la discriminación.²

En este sentido, desde American Friends Service Committee – Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Movilidades Libres y Elegidas, A.C. (CoLibres), Border Line Crisis Center A.C., la Organización México Americana para el Desarrollo (OMADES, A.C.) y la Universidad Ibero – Tijuana buscamos abordar las condiciones de acceso al derecho a la salud para la población en movilidad en un ejercicio reflexivo entre algunos municipios de los estados fronterizos de Chiapas y Baja California como territorios nodales del tránsito y contención migratoria transnacional.

¹ Organización México Americana para el Desarrollo, A.C., Alma Migrante A.C. y Espacio Migrante A.C. (2021) Informe. La respuesta de las personas defensoras de derechos humanos de personas en movilidad humana ante la pandemia de Covid-19: La experiencia desde Baja California. Tijuana, México. Disponible en: <https://observatoriocolef.org/boletin/la-respuesta-de-los-defensores-de-los-derechos-humanos-de-las-personas-en-movilidad-humana-durante-la-pandemia-de-covid19/>

² Danish Refugee Council y Servicio Jesuita a Refugiados (2020-2021) Monitoreo de protección: México. Disponible en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiOTc0NjVlZTMtYjczMC00YWE1LTliZDEtMzU5ZGUxOTcxZTNjIiwidCI6IjJhMjEyMjQxLTg5OWMtNDc1MlIiZDMzLTUxZWZlMjM1ODJkNSIsImMiOiJh9>

Por un lado, Chiapas es uno de los estados cuyo Índice de Desarrollo Humano (IDH), según cifras del 2015, se encuentra por debajo del promedio nacional (0.762), con casi el 72% de sus municipios con un IDH medio y en materia de salud solo un 66.7% de su población se encuentra afiliada a algún servicio de salud, especialmente al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).³ En el caso de la población migrante y con necesidades de protección internacional en Chiapas, las condiciones de acceso al derecho a la protección de la salud son aún más complejas. De acuerdo con el informe de hallazgos de la Misión de Observación de Derechos Humanos en la Frontera sur de México⁴ que se realizó en medio de la pandemia, las organizaciones participantes resaltaron la precarización de los medios de subsistencia como ausencia de alimentación suficiente y adecuada, hacinamiento y carencia de acceso a servicios básicos que afectan directamente en la salud física y psicológica de las personas. Ante esta situación, se resaltó las dificultades en la transición del Seguro Popular al INSABI aumentando barreras a la atención médica como la solicitud de comprobantes de domicilio o la presentación de la Clave Única del Registro de Población (CURP).

Por otro lado, en el estado de Baja California según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2020, el porcentaje de afiliación a servicios de salud fue de 77.1%, principalmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Respecto a la situación de las personas en movilidad en esta entidad, el reciente informe de OMADES, et al. (2021) sobre la respuesta de los y las defensoras de derechos humanos de personas en movilidad en medio de la pandemia evidenció un contexto de suma complejidad debido al impacto de distintas medidas y acuerdos políticos en materia migratoria que ha llevado a una crisis humanitaria para las personas migrantes en tránsito, deportadas, expulsadas, solicitantes de asilo bajo el programa MPP y personas mexicanas migrantes y desplazadas internas. Crisis que ha sido asumida especialmente por albergues y organizaciones de sociedad civil que además de proveer servicios básicos, también han buscado las maneras de procurar medidas sanitarias para prevenir contagios.

En este contexto, como organizaciones nos propusimos el objetivo de construir mecanismos de información y orientación a personas en movilidad y organizaciones de la sociedad civil para la defensa y garantía del derecho a la protección de la salud. Para conseguirlo, partimos de profundizar en las necesidades y barreras de acceso a atención médica, emocional y psicológica que enfrentan las personas migrantes y con necesidades de protección internacional, con miras a generar a través del diálogo y reflexiones intersectoriales un espacio para la información, exploración e identificación de posibles soluciones a las barreras identificadas con cotidianidad por personas en movilidad y organizaciones de sociedad civil.

³ INEGI (2020) Censo de población y vivienda (2020) Panorama sociodemográfico de México – Chiapas. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197780.pdf

⁴ Colectivo de Observación y Monitoreo de Derechos Humanos en el Sureste Mexicano, et al. (2020): <https://gtpm.mx/wp-content/uploads/2020/12/Informe-Final-MODH-2020.pdf>

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

El proceso de recolección de la información se llevó a cabo a través del uso de encuestas y grupos focales, en los cuales se consideraron testimonios, experiencias y vivencias de personas en movilidad dentro de México. De acuerdo con las particularidades de los contextos locales donde se desarrolló la estrategia, se definió la implementación de encuestas en albergues de los municipios de Las Margaritas, Salto de Agua y Tuxtla Gutiérrez en el estado de Chiapas. Para el caso de Baja California, en Mexicali se aplicaron encuestas a personas en movilidad, y en Tijuana se desarrollaron dos grupos focales basados en los mismos ejes temáticos de las encuestas para facilitar el cruce de información. En el caso particular de Tijuana, las personas participantes en los grupos respondieron de forma individual la primera parte del cuestionario. La decisión de realizar grupos focales en Tijuana se debe a que en esta ciudad se reúnen personas de diversas nacionalidades, con diversas temporalidades y experiencias de movilidad, que se hospedan en albergues o por cuenta propia, contemplando así a un perfil de población que ha sufrido los efectos de la larga espera forzada en sus procesos de solicitud de protección por parte del gobierno mexicano o el estadounidense.

Las encuestas y grupos focales se realizaron entre el 3 de julio y 14 de agosto de 2021. Para la implementación de las encuestas, se hizo un muestreo no probabilístico por lo que los resultados de este análisis exploratorio no son generalizables a la población migrante ni solicitante de protección internacional alojada en los albergues o fuera de ellos. Sin embargo, ofrece un retrato espaciotemporal de las experiencias y testimonios en materia de garantías de acceso y atención al derecho a la salud en México para las personas en movilidad. Las herramientas de recolección de información integran los siguientes ejes: perfil sociodemográfico de las personas, experiencias migratorias, características epidemiológicas, acceso a información sobre el derecho a la salud, acceso a los servicios de salud⁵, percepción y experiencia sobre el trato digno y la calidad en la atención.

En relación con las organizaciones de sociedad civil, se aplicaron entre el 23 de julio y el 6 de agosto de 2021 encuestas a cinco organizaciones ubicadas en Chiapas: Tzome Ixuk, Mujeres Organizadas en el municipio de Las Margaritas, Iniciativas para el Desarrollo Humano y el Centro de Derechos Humanos Fray Matías de Córdova en Tapachula, Casa del Migrante Jesús Esperanza en el Camino en Tuxtla Gutiérrez y la Casa del Migrante Betania Santa Marta en Salto de Agua. Por su cuenta, en Tijuana, entre el 16 y 25 de agosto de 2021 se aplicaron igualmente cinco encuestas a organizaciones de sociedad civil que atienden desde distintas perspectivas a personas en movilidad humana: Border Line Crisis Center A.C., la Clínica Justicia en Salud,

⁵ "los servicios de salud son 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". Sin Fronteras, et al. (2014) Diagnóstico sobre acceso a servicios de salud para personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas. Disponible en: https://sinfronteras.org.mx/agendamigracioncdmx/assets/diagnostico_acceso_servicios_de_salud.pdf

Refugee Health Alliance, Prevencasa A.C. y Psicólogos Sin Fronteras BC. Los ejes de las encuestas aplicadas son perfiles de acompañamiento, acceso a información sobre servicios de salud, barreras de acceso al derecho a la salud, impactos y manejo de la pandemia, impactos en la salud mental y manejo de eventos relacionados a violencias, así como sugerencias para sortear las barreras de acceso al derecho a la salud.

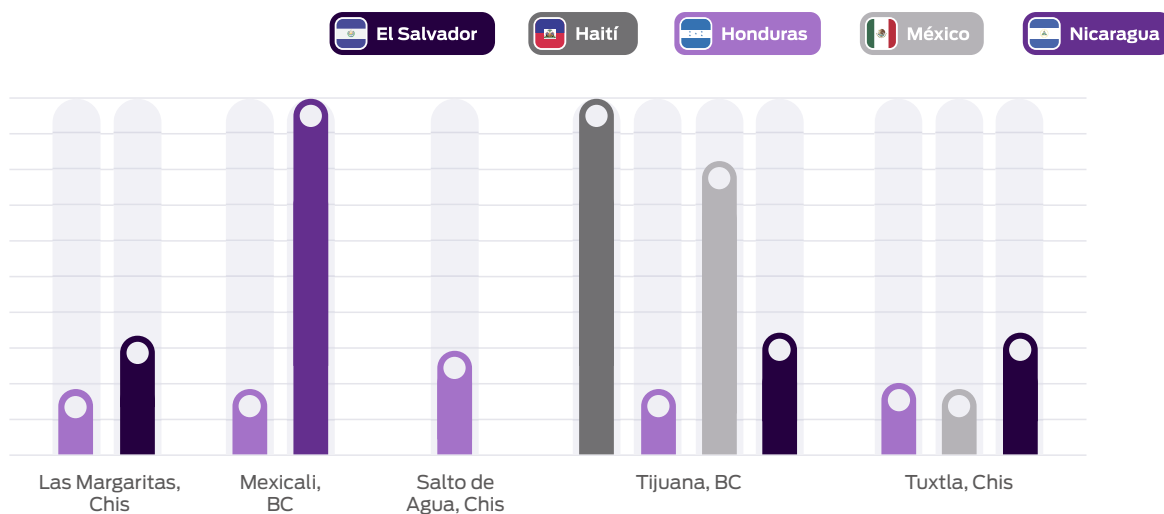
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS EN MOVILIDAD

Realizamos encuestas y facilitamos grupos focales a un total de 34 personas en los estados fronterizos de Chiapas y Baja California. La distribución de acuerdo con la nacionalidad, sexo, género, orientación sexual y edad se comparte a continuación.

Contamos con la participación de 22 personas provenientes de Honduras, seis personas provenientes de distintas localidades de México, tres personas de El Salvador, dos personas de Haití y una persona de Nicaragua (ver Gráfica 1). Todas distribuidas de la siguiente forma en los cinco municipios donde realizamos las encuestas y los grupos focales.

GRÁFICA 1

NACIONALIDAD DE ACUERDO CON EL LUGAR
DONDE SE REALIZARON LAS ACTIVIDADES

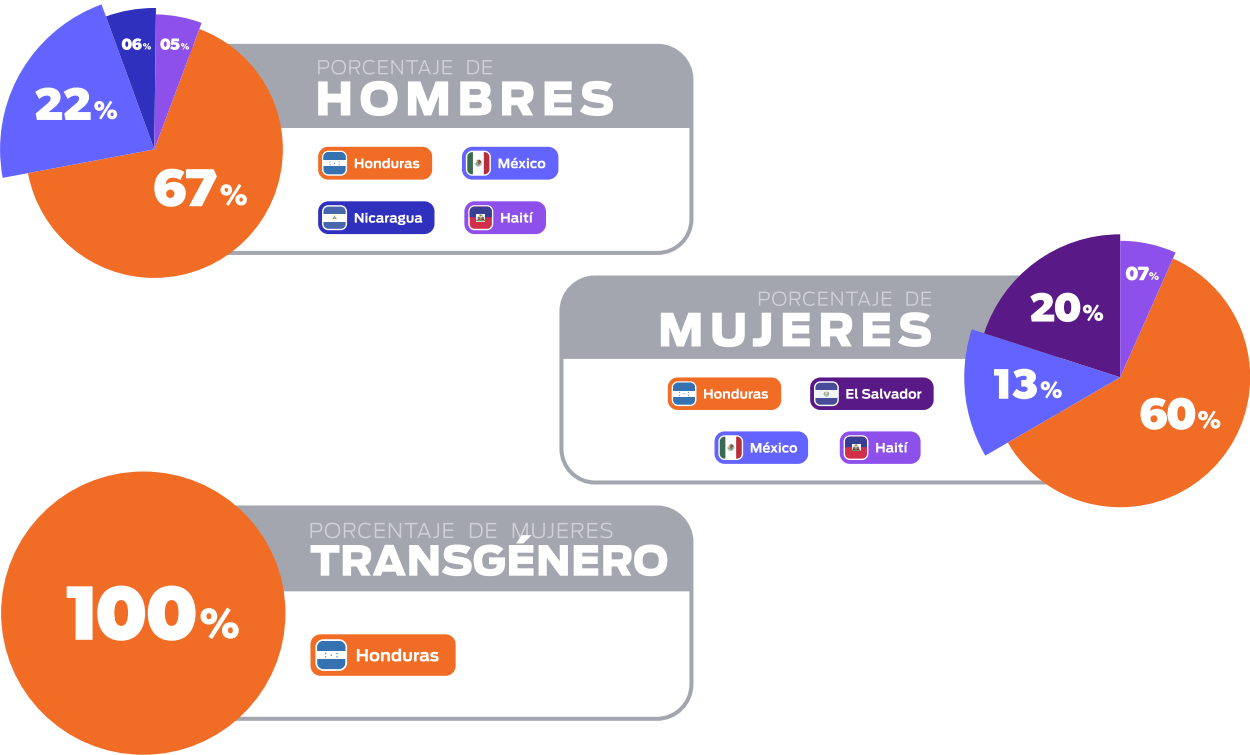


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante encuestas y grupos focales, julio-agosto 2021.

Respecto a la identidad de género, participaron 18 hombres, 15 mujeres y una mujer transgénero. Su distribución de acuerdo con la nacionalidad se puede apreciar en la Gráfica 2. Su distribución en los estados donde se realizaron las encuestas fue de la siguiente forma: En Chiapas fueron encuestados 11 hombres y 5 mujeres. Entre tanto, en Baja California participaron 9 mujeres, 8 hombres y una mujer transgénero.

GRÁFICA 2

GÉNERO DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES DE ACUERDO CON LA NACIONALIDAD



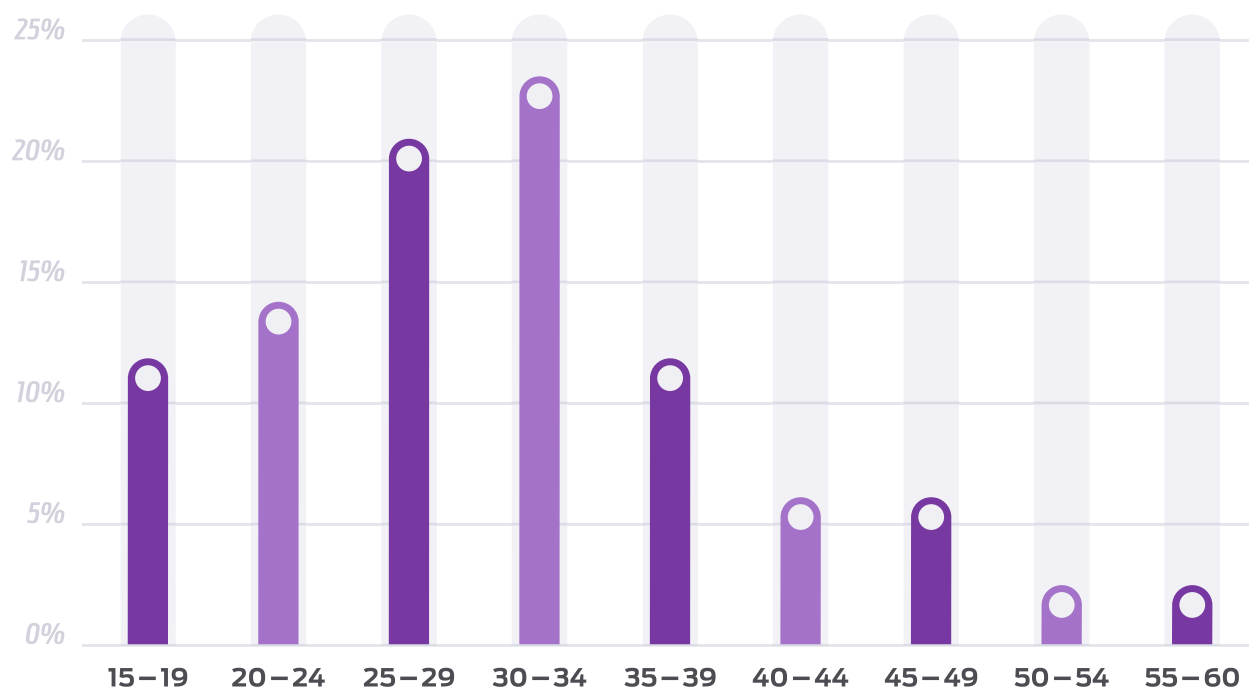
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante encuestas y grupos focales, julio-agosto 2021.

Adicionalmente, de las personas encuestadas el 85.2% se declararon heterosexuales; por lo que el 14.7% de la población pertenece a la diversidad sexual, de la cual el 60% se identifica como bisexual, el 20% como gay o lesbiana y el 20% restante prefirió no compartir su orientación sexual.

Respecto a las edades de las personas participantes el grupo de edad con mayor proporción fue el de 30-34 años (ver gráfica 3). No se identificaron diferencias importantes en los promedios de edad de las personas de acuerdo con su nacionalidad o su identidad de género. Sin embargo, la edad promedio de las personas migrantes en Chiapas fue de 27 años, mientras que las personas encuestadas en la Baja California promedian 34 años.

GRÁFICA 3

GRUPOS DE EDAD DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante encuestas y grupos focales, julio-agosto 2021.

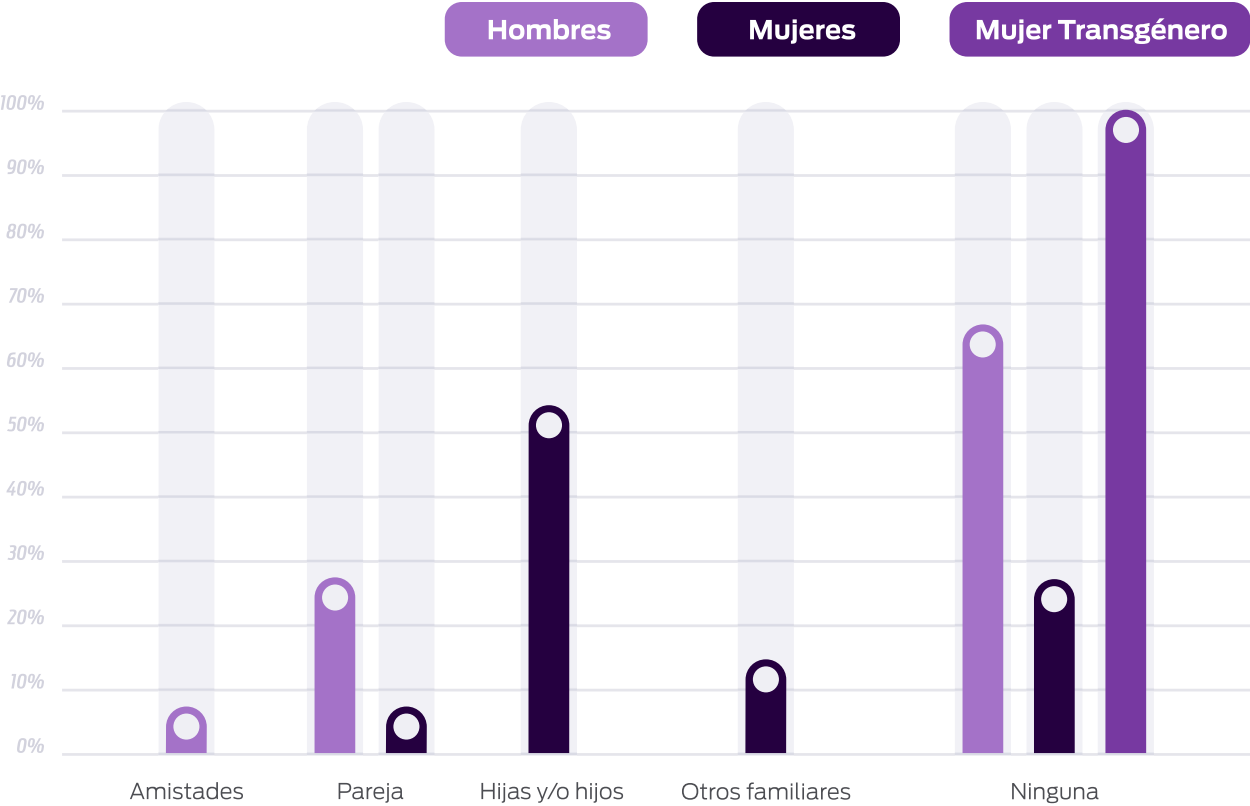
SOBRE LA EXPERIENCIA MIGRATORIA

Las personas respondieron preguntas sobre su tránsito migratorio que son esenciales para identificar sus necesidades, expectativas y capacidades de afrontar las condiciones de vulnerabilidad y violaciones de derechos humanos a las que se enfrentan en su recorrido. 25 de las personas en movilidad señalaron que habían salido de su lugar de origen entre 1 y 27 meses antes del día en que fueron encuestadas o participaron en los grupos focales; cinco personas salieron entre 27 y 53 meses atrás. Mientras tanto, una persona salió de su país 56 meses atrás (4.5 años) y otra cerca de 120 meses (10 años). Vale recordar que estas fechas no corresponden a la temporalidad de permanencia en México. Sin embargo, es importante señalar que, de las personas encuestadas en Chiapas, algunas se encontraban en tránsito (permanencia de no más de 3 días en un mismo lugar) y otras eran solicitantes de la condición de refugiadas y en proceso de regularización migratoria con estancia prolongada en el estado. En el caso de Tijuana y Mexicali, la población encuestada y participante en los grupos focales eran personas con una estancia prolongada en la frontera norte en calidad de migrantes, solicitantes de asilo y desplazadas forzadas internas.

El 76% de las personas participantes señalaron a Estados Unidos como su país de destino final, mientras que 24% tenían como objetivo de su proyecto migratorio a México. Adicionalmente, se preguntó si viajaban o no con alguna compañía (ver gráfica 4) y si contaban con alguna red de apoyo en México y Estados Unidos. Sobre esta última pregunta el 53% no contaban con apoyo, 29% tenían apoyo familiar, 12% de amistades y 6% de una red comunitaria.

GRÁFICA 4

PORCENTAJE DE PERSONAS POR TIPO DE COMPAÑÍA EN EL TRÁNSITO MIGRATORIO



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante encuestas y grupos focales, julio-agosto 2021.

Finalmente, el 82% de las personas declaró sentir miedo de regresar a su país de origen, mientras el 18% restante respondió no sentirlo. Asimismo, al momento de la encuesta, el 60% de las personas no mexicanas contaba con documento migratorio mexicano vigente, el resto no disponía de él. Estos dos elementos son centrales para analizar las necesidades y las barreras de acceso al derecho a la salud, teniendo en cuenta que contamos con la participación de una gran mayoría de personas con necesidades de protección internacional y que permanecen de forma regular en México.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

En esta sección y las posteriores se comparte información recabada a través de cuestionarios y los grupos focales. Por tal razón, el análisis de tipo estadístico recoge la información compartida por 17 personas en los tres municipios del estado de Chiapas y cinco personas del municipio de Mexicali, Baja California. Entre tanto, la información sistematizada de los grupos focales corresponde a los testimonios de 12 personas en la ciudad de Tijuana.

De acuerdo con la Tabla 1 el 38.2% de las 22 personas encuestadas señalaron que no contaban con un sistema de atención médica en su país de origen, mientras que el 76.1 % contaba con servicio público de atención médica y el 23.8% con un servicio privado.

TABLA 1

ACCESO A SISTEMA DE SALUD EN PAÍS DE ORIGEN

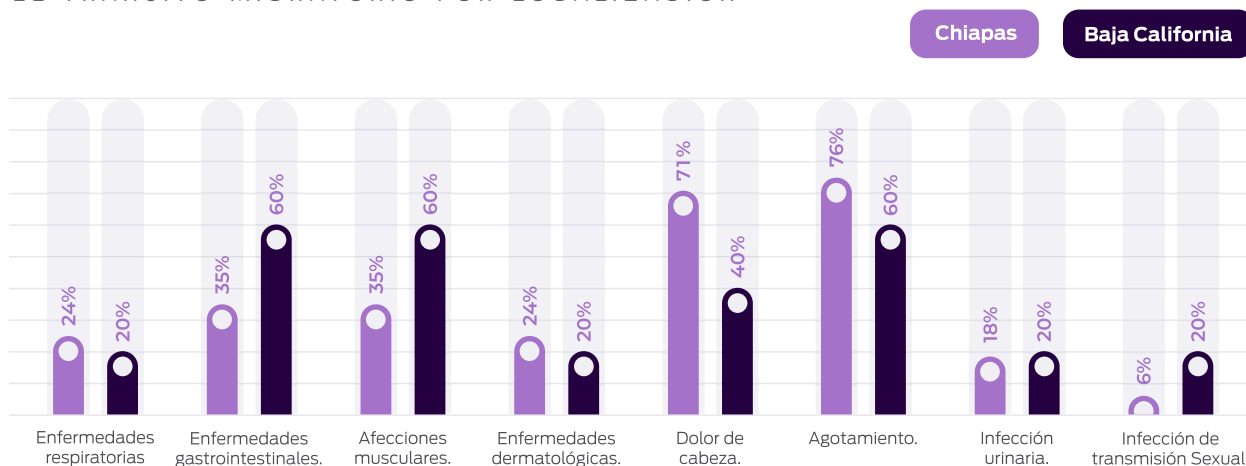
NACIONALIDAD	SISTEMA DE SALUD			
	No	Privado	Público	Total
El Salvador	33.3%	33.3%	33.3%	100%
Haití	50%	50%	--	100%
Honduras	50%	13.6%	36.3%	100%
México	--	--	100%	100%
Nicaragua	--	--	100%	100%
TOTAL	38.2%	14.7%	47%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante encuestas y grupos focales, julio-agosto 2021.

A partir de la construcción de un cuestionario de perfil epidemiológico donde se incluyeron condiciones de salud que han sido identificadas en estudios previos sobre la situación de salud de personas en movilidad en el corredor migratorio Centroamérica - México - Estados Unidos, las personas compartieron información sobre ocho tipos de afecciones o enfermedades físicas no contagiosas o transmisibles sufridas durante su tránsito migratorio. A continuación, presentamos los resultados en función del estado en donde estaban las personas al momento de llenar la encuesta (Gráfica 5) y por identidad de género.

GRÁFICA 5

PADECIMIENTOS FÍSICOS NO TRANSMISIBLES DURANTE EL TRÁNSITO MIGRATORIO POR LOCALIZACIÓN

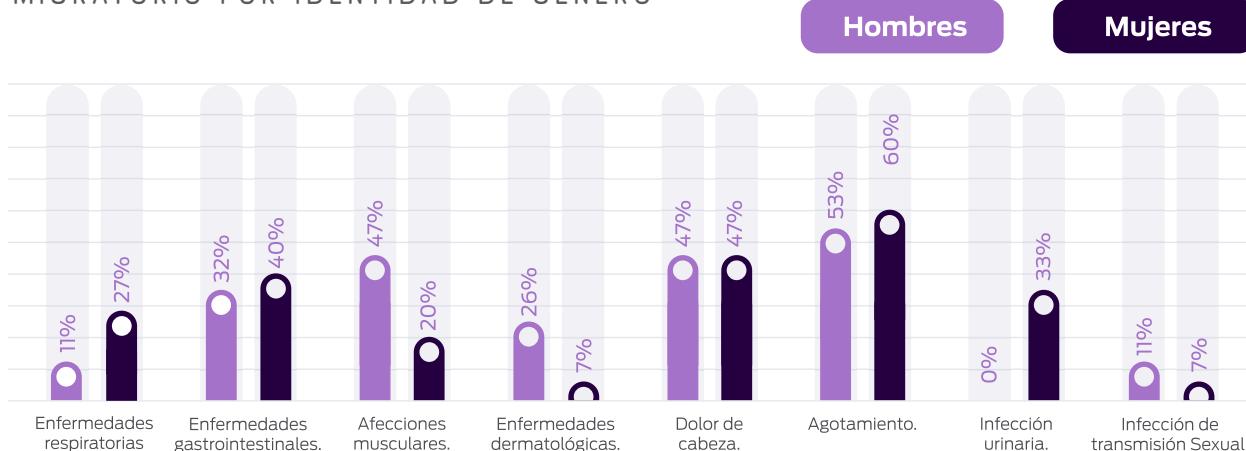


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante encuestas y grupos focales, julio-agosto 2021.

A partir de la información compartida se evidenció que una gran proporción de personas sufrió dolores de cabeza y agotamiento por calor en algunos puntos de su tránsito migratorio. Asimismo, 12 personas señalaron en Chiapas y Baja California que sufrieron problemas musculares y óseos, así como enfermedades gastrointestinales, dos tipos de afecciones que son comunes en el tránsito de personas migrantes y solicitantes de protección internacional. Resulta importante, resaltar que únicamente fueron mujeres quienes señalaron haber sufrido infecciones urinarias en el tránsito migratorio (ver gráfica 6) y que una proporción menor de hombres (11%) reportó haber sufrido enfermedades de tipo respiratorio con respecto a las mujeres (27%).

GRÁFICA 6

PADECIMIENTOS FÍSICOS DURANTE EL TRÁNSITO MIGRATORIO POR IDENTIDAD DE GÉNERO



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante encuestas y grupos focales, julio-agosto 2021.

En el caso de Tijuana, las personas participantes de los grupos focales señalaron algunas condiciones de salud relacionadas al tránsito migratorio con síntomas como dolor de cabeza, tos y gripa ligados a los cambios de ambiente y temperatura en el recorrido. Enfermedades gastrointestinales por los cambios en la alimentación (porciones, tiempos, ingredientes) y enfermedades dermatológicas relacionadas a la alta exposición al sol, la humedad y la lluvia; así como, a las condiciones higiénicas de los espacios de descanso, entre ellos albergues, hoteles, dormitorios y campamentos. Asimismo, una mujer señaló que sufría de hipertensión de la que recibe tratamiento y otra mujer comentó que fue diagnosticada recientemente con cálculos biliares o piedras en la vesícula.

En los grupos también se resaltó por parte de las mujeres sobre el riesgo elevado a sufrir infecciones urinarias por las malas condiciones higiénicas de los baños que en la mayoría de los casos deben ser compartidos con hombres. Asimismo, se resaltó la dificultad para las mujeres durante su menstruación en el tránsito migratorio. Una de ellas compartió una experiencia anterior de deportación donde se evidencia la vulnerabilidad a la que las mujeres son expuestas.

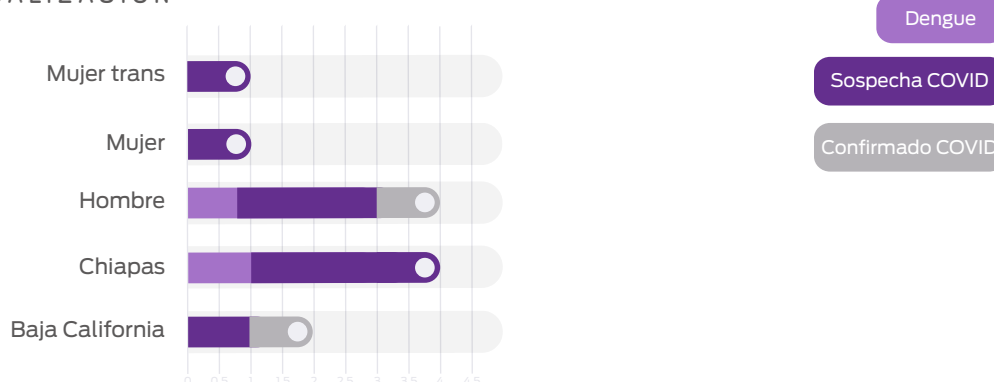
Me mandaron hasta mi país y en medio de todo ese transcurso me enfermé mucho, fue de hecho cuando llegué cuando me pegó el dolor fuerte y por eso creo que fue por todo lo que viví. Todo el trayecto hasta que llegue a mi país fueron casi 7 días de autobús que nos pasaban y con el mismo o sea los baños igual iban hombres ahí en ese mismo autobús, no sé fue muy incómoda y fue muy mal y fue horrible una de las experiencias más horribles que he tenido en toda mi vida.

-Mujer migrante, Tijuana, agosto 2021.

Respecto a las enfermedades infectocontagiosas (ver gráfica 7) se preguntó a las personas si fueron diagnosticadas durante su recorrido con las siguientes enfermedades: influenza, malaria, zika, dengue, chikunguya, sarampión, difteria, varicela y COVID-19. De las personas que respondieron únicamente las encuestas, solo una persona confirmó haber padecido dengue, tres personas sospecharon haber tenido COVID-19 y una persona recibió diagnóstico positivo. Asimismo, en los grupos focales dos personas relataron su experiencia cuando fueron diagnosticadas con el virus (ver sección abajo sobre COVID-19).

GRÁFICA 7

ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS POR IDENTIDAD DE GÉNERO Y LOCALIZACIÓN



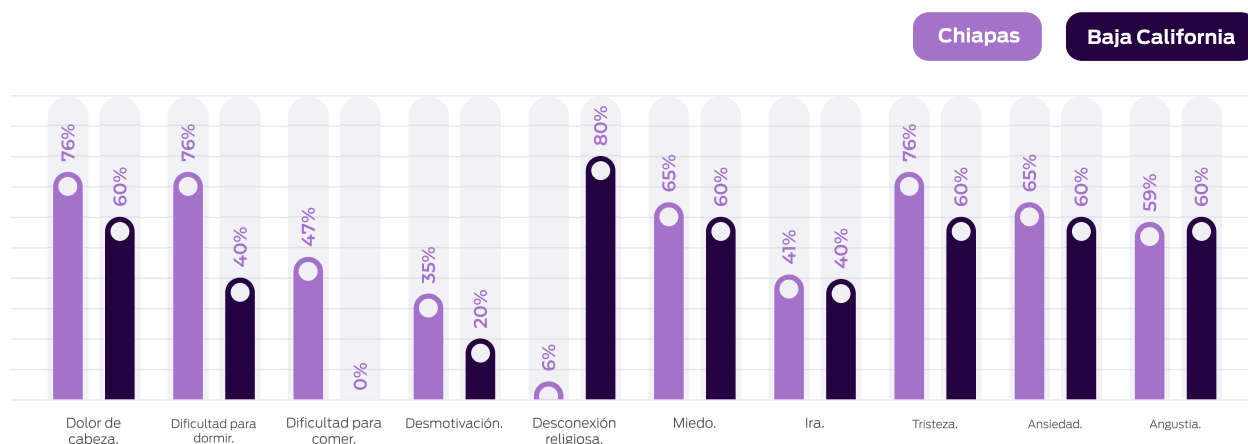
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante encuestas y grupos focales, julio-agosto 2021.

SALUD EMOCIONAL Y PSICOLÓGICA

Respecto al sondeo sobre síntomas, acciones y emociones relacionadas a traumas y problemas de salud emocional y psicológica, el principal hallazgo de este análisis resalta los graves impactos emocionales y psicosociales de la movilidad forzada en las personas. Por ejemplo, cerca del 76% de las personas encuestadas en Chiapas (ver gráfica 8) señalaron haber tenido dificultad para dormir y sentir tristeza, y cerca del 70% de las personas encuestadas en los dos estados mencionaron haber sentido ansiedad y angustia.

GRÁFICA 8

FACTORES RELACIONADOS A SALUD EMOCIONAL Y PSICOLÓGICA DE PARTICIPANTES POR LOCALIZACIÓN



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante encuestas y grupos focales, julio-agosto 2021.

Los testimonios recabados en los grupos focales de Tijuana refrendaron los resultados de las encuestas, ofreciendo algunos elementos de contexto que abonan al entendimiento de las situaciones específicas. Las personas compartieron cómo impactan en ellas las condiciones de subsistencia y la conflictividad, agudizadas por el cierre de la frontera estadounidense, en albergues y en el campamento de El Chaparral sobre su salud psicológica y emocional. Señalaron los altos niveles de estrés, miedo, ansiedad y frustración que viven, en gran medida por la presión cotidiana que enfrentan para garantizar condiciones mínimas de subsistencia y bienestar. También subrayan la ansiedad e incertidumbre que padecen porque, en su mayoría, fueron obligadas a dejar sus lugares de origen y su derecho a solicitar protección internacional no es respetado, de igual forma por los cambios de políticas en la frontera y por las suspensiones de entradas⁶ para llevar a cabo los procedimientos de asilo dentro de los Estados Unidos.

Me dieron una fecha de entrada el 29 [julio] y yo estaba feliz porque yo he pasado tanto durante 5 años y pues ya dije ya llegó mi hora y yo me iba a ir el jueves 29 y a mí me llamaron el miércoles en la tarde me dijeron su cita está suspendida y sin embargo no pusieron una fecha para nosotros, solamente a esperar [...] a ver cuándo me dan otra fecha, pero ya tengo 5 días esperando y nada. Ya me siento desesperada.

-Mujer migrante, Tijuana, agosto de 2021.

La ausencia de respuestas claras y confiables por parte de autoridades tanto mexicanas como estadounidenses ha generado daños severos en la salud mental y física de quienes llevan corto o largo tiempo en la espera de poder acceder a su derecho a solicitar asilo. Los temores, el trauma y el miedo resurgen cuando no se dan respuestas y comunicación concreta sobre los cambios o medidas tomadas por las autoridades, más aún si las personas están irregularizadas y son asumidas como deportables.

Ahorita ya llevo 3 - 4 horas pensando qué va a pasar, qué es lo que va a pasar. No solo conmigo sino con todos. Primero entrabamos por la garita, ahora ya hay que ir a migración de México, para que Migración de México nos entregue acá se supone que a las tres de la tarde. Pero yo no tengo papeles y me voy a presentar a migración y ¿si en vez de llevarme para Estados Unidos me deporta? Uno tiene miedo, ansiedad, estrés.

-Hombre migrante, Tijuana, agosto de 2021.

Esta situación de estrés también afecta a personas desplazadas internas en su salud mental y por ende en la forma de relacionarse con las demás personas lo que genera complejidades en la dinámica social en espacios de acogida tradicionales y en campamentos cuando no hay mecanismos ni respuestas concretas ante su necesidad de salvaguardar sus vidas y las de sus familias.

⁶ Tras el cierre de la frontera por la implementación del Título 42, tomando como justificación la pandemia por COVID-19, el derecho a solicitar asilo ha sido sistemática y deliberadamente violado. Hubo algunas excepciones al Título 42 tras litigios por parte de organizaciones de sociedad civil que permitieron que personas en situaciones de riesgo y vulnerabilidad pudieran ingresar a los Estados Unidos para iniciar trámites de solicitud de asilo. Sin embargo, esas medidas no eran sostenibles en el tiempo y el gobierno de los Estados Unidos aun no revierte el Título 42. (Ver: Alvarez, Priscila (julio 2021) Immigrant advocacy groups pull out of US effort on border amid standstill over restrictions. CNN. Disponible en <https://edition.cnn.com/2021/07/29/politics/us-border-biden/index.html>

En El Chaparral hay mucho estrés, mucho estrés, demasiado estrés, y siempre, siempre, siempre es el pan de cada día problemas en el Chaparral, ya se están peleando por el agua, ya se están peleando porque uno dejó sucio el baño, o porque uno tiró una basura, pues están peleando por cualquier cosa, o porque se te quedó viendo feo. Hay mucho estrés en el Chaparral, y la gente, te puede decir, se está volviendo loca.

-Hombre desplazado interno, Tijuana, agosto de 2021.

Una de las personas participantes compartió que fue diagnosticada con ansiedad, por lo que ha tenido que buscar mecanismos de afrontamiento en un contexto donde constantemente y de forma abrupta se debe cambiar rutinas. La mayoría de las personas viven episodios continuos de angustia por ellas mismas, por sus familiares y personas cercanas que se quedaron en el país de origen.

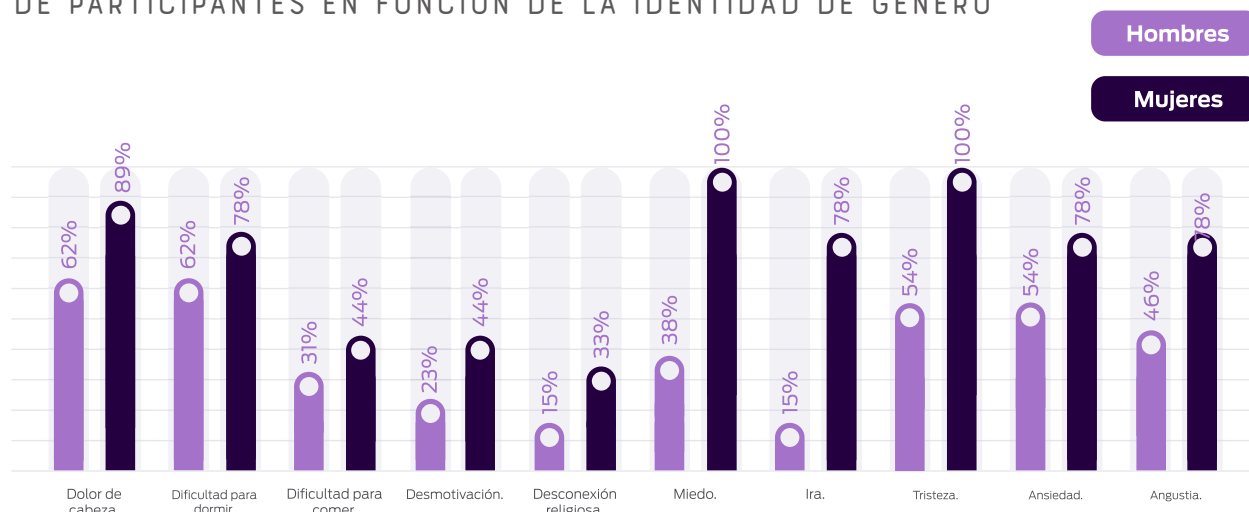
Al hacer un análisis por género (ver gráfica 9), sobresale una mayor proporción de mujeres que han experimentado ira, tristeza, ansiedad, miedo y angustia. Aun así, la mayoría de las personas reconocieron la necesidad de recibir atención emocional y psicológica por los traumas y preocupaciones que han vivido a lo largo de su tránsito migratorio.

La salud mental no la toman tanto en cuenta porque no se ve, porque no le prestan atención; la salud mental es tan importante como un dolorcito que se siente, es demasiado, porque si tú no tienes tu mente bien, si tú no tienes tu mente firme, no tienes cómo pensar o las cosas no te salen bien, pues, no estás pensando acorde a cómo deberías.

-Mujer migrante, Tijuana, agosto de 2021.

GRÁFICA 9

FACTORES RELACIONADOS A SALUD EMOCIONAL Y PSICOLÓGICA DE PARTICIPANTES EN FUNCIÓN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante encuestas y grupos focales, julio-agosto 2021.

Todas las personas encuestadas en Chiapas y Baja California mencionaron que compraron insumos básicos para la prevención de COVID-19 (cubre bocas y alcohol en gel) desde la salida de su lugar de origen o en el recorrido. Al 53% de las personas encuestadas en Chiapas nunca les solicitaron la presentación de prueba de COVID-19 (antígenos, anticuerpos o PCR). De aquellas personas que sí les solicitaron una prueba en algún punto del tránsito migratorio, cinco dieron negativo y tres no la realizaron. Solo tres hombres señalaron que recibieron la vacuna de COVID-19, los tres durante su estancia en el municipio de Tapachula, Chiapas. A dos de ellos les solicitaron documentos de identificación nacional y uno tuvo que presentar un documento migratorio vigente para acceder a la vacuna.

En el caso de Baja California, ninguna de las personas Tijuana y Mexicali señaló haber tenido que presentar una prueba de COVID-19 durante su tránsito migratorio y solo dos personas en Tijuana recibieron la vacuna. Algunas señalaron que no accedieron a la vacuna por confusión y desinformación respecto a las etapas de vacunación.

De las tres personas que manifestaron haber presentado síntomas por COVID-19 una mujer relató que cuando vivía en el campamento del Chaparral junto con tres familiares tuvieron síntomas como fiebre, pérdida del gusto y el olfato. Por lo que permanecieron varios días aisladas en una carpa hasta tener una mejoría. En los grupos focales, las personas que manifestaron haber tenido síntomas de COVID-19 presentaron fiebre, dolor de cuerpo, dolor de garganta, tos y pérdida del olfato. Ninguna de ellas pudo confirmar su diagnóstico por medio de una prueba de laboratorio. El síntoma de mayor preocupación fue la pérdida del gusto.

Asimismo, se identificaron dos casos que sí fueron confirmados mediante pruebas de laboratorio y los síntomas fueron más agresivos. Las dos personas manifestaron haberse despedido de sus familiares porque temían no poder salir adelante de la enfermedad.

Yo trabajaba de cocinera en un restaurante y ahí fue donde lo tuve [COVID-19] incluso no tuve apoyo de la empresa donde estaba y pues por vecinos y compañeros de la comunidad me daban medicamento porque yo no me levantaba de la cama y por ellos, yo digo, y gracias a Dios me dieron medicamento y estoy aquí, porque la neta yo llamé a mi mamá y le llegué a decir nos vemos y si no vuelven a saber de mí es porque me morí porque yo solo medio abría los ojos y solo veía que la cama daba vueltas y les dije nos vemos, y de ahí ya gracias a Dios cuando me recuperé les llamé para decirles que ya estaba mucho mejor, pero sí fue triste.

-Mujer trans y migrante, Tijuana, julio de 2021.

Entre los principales síntomas que estas personas manifestaron fueron: fatiga, dolor de cuerpo, vértigos, fiebre y pérdida de apetito. Ambas personas compartieron que fue imposible tomar medidas de aislamiento porque compartían vivienda, sin embargo, con quienes vivían fueron sus mayores apoyos para cuidados, conseguir medicamentos y suministrar alimentos.

A una de las personas que tuvo COVID-19, la compañera mujer transgénero, fue despedida de su trabajo y su jefe le brindó nulo apoyo. Mientras que el compañero que también lo tuvo pudo tomar días suficientes para recuperarse de la enfermedad y continuar recibiendo su ingreso íntegro. Las dos personas mencionaron que tras su recuperación tuvieron que someterse a varias pruebas de laboratorios para confirmar que estaban curadas: una de ellas tuvo que realizar tres pruebas y la otra cinco.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MUJERES

Como se sabe, la salud sexual y reproductiva se define como un estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entre ellos la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la libertad de decidir la frecuencia y con quien tener una vida sexual. Así como, la capacidad y libertad para decidir cuándo, con quien y con qué frecuencia procrear. Su reconocimiento como derecho ha sido históricamente parte de los procesos de defensa de los derechos de las mujeres. Para el presente informe se cuenta con datos vinculados al uso de anticonceptivos y embarazos, pero de ninguna manera se asume que son los únicos temas importantes para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, de las seis mujeres encuestadas en el estado de Chiapas, dos mencionaron que utilizaron métodos anticonceptivos desde el inicio del tránsito migratorio y una señaló como razón la protección de su salud ante el riesgo de sufrir algún tipo de violencia sexual en el recorrido. Dicha versión se repitió en las mujeres encuestadas en Mexicali, quienes señalaron haber utilizado métodos anticonceptivos durante el recorrido, dos de ellas, específicamente con la finalidad de protegerse ante el riesgo de sufrir violencia sexual.

Ninguna de las nueve mujeres que respondieron al cuestionario se encontraba embarazada en ese momento. Sin embargo, vale la pena resaltar uno de los hallazgos de la MODH de la frontera sur de México durante los primeros meses de pandemia sobre la suspensión de atención prenatal, cancelación de consultas y ausencia de orientación para mujeres a partir de las 37 semanas de embarazo, que estuvo relacionado a un incremento en el miedo, incertidumbre y riesgo de complicaciones de salud.⁷ De hecho, en el primer año de la pandemia la razón de muerte materna en el país aumentó de 33.8 muertes por cada 100 mil nacimientos en 2019 a 46.6 muertes en 2020.⁸

⁷ Red TDT, Et al. (2020) Informe de hallazgos de la Misión de Observación de Derechos Humanos en la Frontera Sur de México. Disponible en: <https://gtpm.mx/wp-content/uploads/2020/12/Informe-Final-MODH-2020.pdf>

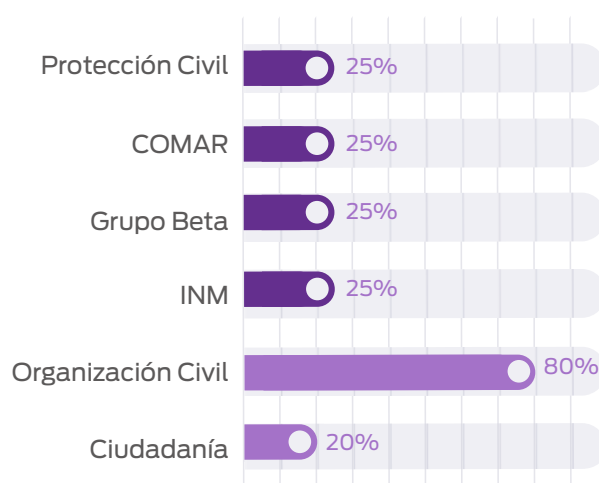
⁸ Observatorio Género (2021) Nos cayó el 20. Diagnóstico y recomendaciones del Observatorio Género y Covid-19 en México. Disponible en: https://genero-covid19.gire.org.mx/wp-content/uploads/2021/05/Manual_Salud-1.pdf

ACCESO A INFORMACIÓN SOBRE DERECHO A LA SALUD

El 44% de las personas encuestadas respondió no haber recibido información sobre su derecho al acceso a la salud. De acuerdo con los actores que brindaron esta información (ver gráfica 10) la mayor parte de la información sobre acceso a salud la brindaron las organizaciones de la sociedad civil y/o personal de albergues. En menor medida la información fue proporcionada por otros actores como el Instituto Nacional de Migración (INM), el Grupo BETA, Protección Civil y la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR) y la propia ciudadanía.

GRÁFICA 10

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE INFORMACIÓN SOBRE ACCESO A LA SALUD



Mujeres

Hombres

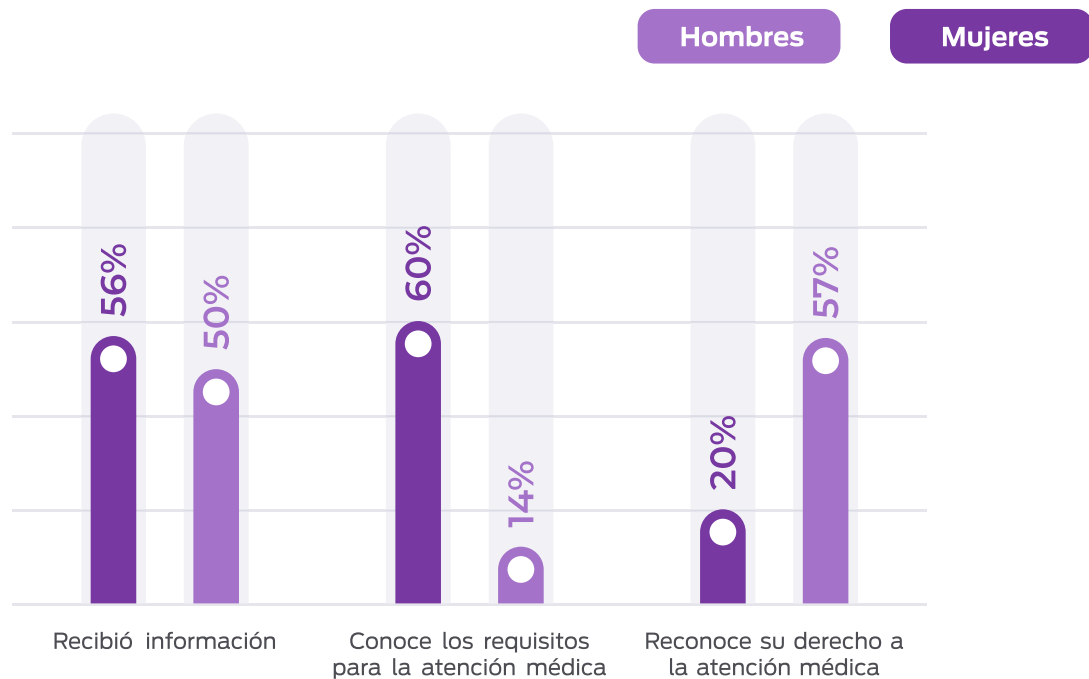
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante encuestas y grupos focales, julio-agosto 2021.

Respecto a la información sobre los requisitos para acceder a servicios de salud, únicamente el 33% de las personas encuestadas dijeron tener información, mientras que el 67% restante dijeron desconocer los procesos e instituciones que pueden brindar los servicios, mientras que únicamente el 40% reconoce su derecho de acceder a atención médica de primer y segundo nivel (consultas e internación hospitalaria) del INSABI como recurso de acceso que no involucra afiliación previa y puede brindar servicios independientemente de su situación migratoria. Ambos factores, conocimiento de procesos de acceso a la salud y el propio reconocimiento de ser poseedora del derecho de acceso a la salud son determinantes para considerar que las personas usuarias puedan tener acceso y atención oportuna en caso de requerirlo. Finalmente, nos pareció relevante explorar las diferencias de acceso a salud por género de los participantes, es posible identificar que tanto hombres y mujeres recibieron información casi en la misma proporción, mientras que más mujeres (60%)

respondieron conocer los requisitos para acceder a atención médica. No obstante, más hombres (57%) señalaron reconocer que cuentan con derechos para recibir atención médica. Esto último puede estar relacionado sobre la concepción de personas sujetas de derechos que se tiene en una sociedad patriarcal, como la nuestra, que implica la invisibilización de mujeres al no nombrarnos o ser reconocidas como sujetas políticas con derechos.

GRÁFICA 11

PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE AFIRMÓ TENER ACCESO A INFORMACIÓN SOBRE EL DERECHO A LA SALUD POR IDENTIDAD DE GÉNERO



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante encuestas y grupos focales, julio-agosto 2021.

Dentro de los grupos focales, se evidenció que hay información, pero que ésta no es clara y que muy difícilmente llega a las personas en movilidad e incluso tampoco llega a personas mexicanas de manera efectiva. Por lo tanto, se mencionó lo importante que es que entre la comunidad se socialice información confiable, concreta y tener claridad sobre a cuál tipo de atención se tiene derecho y cuándo será necesario cubrir un costo, cuándo no, y qué hacer cuando no se cuente con recursos.

ACCESO A ATENCIÓN MÉDICA Y PSICOLÓGICA

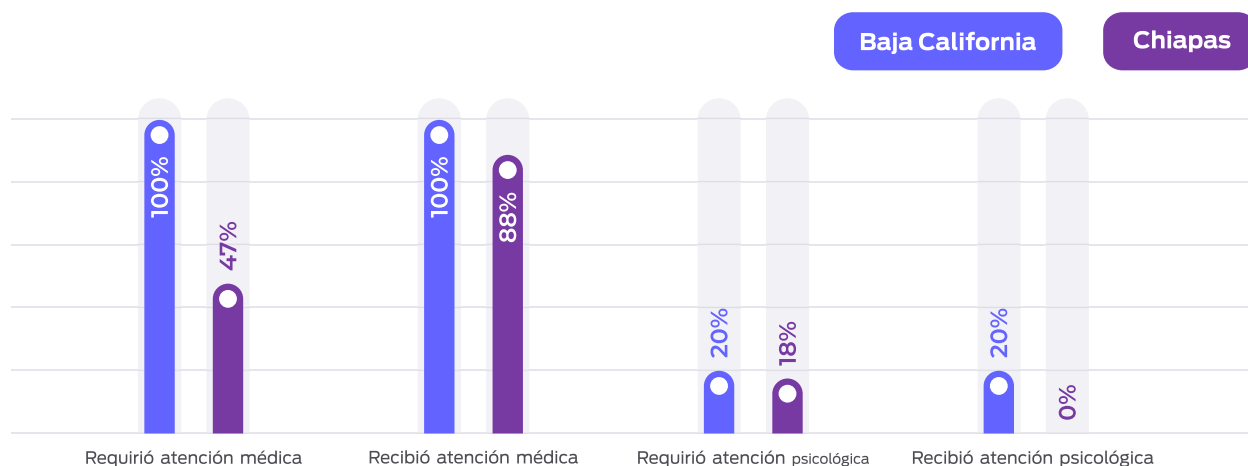
Respecto al acceso a servicios de salud se identificaron diferencias importantes en función de la localización y la identidad de género de las personas participantes. En primer lugar, todas las personas encuestadas y parte de los grupos focales en Baja California señalaron haber necesitado atención médica en algún momento del tránsito migratorio por México, mientras que en Chiapas solo fueron 8 personas (47%) encuestadas las que reconocieron que requirieron atención médica.

Esta información puede representar una correlación entre la etapa del tránsito migratorio por México, los mayores periodos de permanencia y movilidad con la salud física y emocional de las personas. Sobre este último factor vale resaltar como en el municipio de Salto de Agua, Chiapas que geográficamente conecta con el estado de Tabasco y es un espacio de arribo cercano desde la frontera con Guatemala, en el que se mantiene una dinámica primordialmente de tránsito migratorio con estancias promedio de 2 a 3 días, solo una persona compartió haber necesitado atención médica. Mientras tanto, en los otros municipios de Chiapas, ubicados a una distancia mayor de la franja fronteriza, los participantes señalaron tener mayor incidencia de necesidades de atención médica.

Sin embargo, el dato más llamativo es que el porcentaje de personas que reconocieron requerir y recibir atención médica (ver gráfica 12) fue mayor para aquellas que participaron en Baja California, es decir la población recién arribada o bien con mayor permanencia en dicho estado tiende a buscar atención médica sobre todo en los espacios geográficos confines de espera prolongada obligada.

GRÁFICA 12

NECESIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA Y PSICOLÓGICA POR LOCALIZACIÓN



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante encuestas y grupos focales, julio-agosto 2021.

Ahora bien, de acuerdo con la información compartida por las personas, de aquellas que solicitaron la atención médica solo una persona en Chiapas no recibió atención. En su caso no contaba con recursos económicos para ir a un centro de atención público o privado y se encontraba en un lugar donde no había asistencia de organizaciones de sociedad civil que prestan o canalizan a algún servicio de salud.

Para el caso de Baja California, recordemos que de acuerdo al Informe Anual de Actividades 2020 de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, la Secretaría de Salud/ Instituto de Servicios de Salud Pública han sido las autoridades más veces señaladas en los documentos de queja hechas por personas en movilidad humana y el principal hecho violatorio mencionado es “acciones y omisiones que transgreden los derechos de las personas migrantes y sus familias”.⁹ En los grupos focales, se resaltó la ineficiencia en el acceso a los servicios de salud debido a las largas esperas, la carencia de medicamentos, la barrera del lenguaje cuando no se habla español y la negación de la atención como un acto discriminatorio por ser personas en movilidad humana irregularizadas.

En el segundo grupo focal participaron dos personas haitianas, una mujer y un hombre, por su cuenta ambos compartieron sentires distintos sobre el acceso al derecho a la salud partiendo de la fluidez con que se hable y comprenda español y también por la disposición de los servidores públicos por escuchar y atender. El compañero haitiano identificó como una barrera clara la diferencia del lenguaje.

“ En 2018 fue por dolor de muela, el doctor no me entendió...me mandó a la casa ”

-Hombre migrante, Tijuana, agosto de 2021.

Por su cuenta una compañera de la comunidad LGBTQ+, compartió que durante su estancia en Tijuana ha requerido de atención médica y se ha topado con distintos obstáculos, a partir de su condición de estancia en el país.

“ [...] si uno no tiene papeles o uno es migrante le dicen a uno que no. Bueno, a mí no me atendieron [en la unidad de salud] y me dijeron que, si no traía un número, no sé de qué, no me podían atender. Y yo les dije -No lo tengo. Me contestaron -pues no te podemos atender, vete a una clínica particular. ”

-Persona LGBTQ+ migrante, Tijuana, agosto de 2021.

⁹ Ver: Comisión Estatal de los Derechos Humanos Baja California (2020) Informe anual de actividades 2020. Disponible en: http://www.derechoshumanosbc.org/sites/default/files/informes/1630_INFORME%20DE%20GESTI%C3%93N%20CEDHBC%202020.pdf

Asimismo, se resaltó la poca confianza en autoridades para acercarse a ellas cuando no se tiene un estatus migratorio regular en el país y cómo esto se complejiza debido a la corrupción y las situaciones específicas de riesgo y vulnerabilidad cuando se es una persona migrante, desplazada forzada interna y solicitante de protección internacional.

Respecto a las necesidades de atención o acompañamiento psicológico en México, en los dos estados fue muy reducida la mención sobre esta necesidad por parte de las personas encuestadas y preocupa que ninguna de las personas en Chiapas recibió atención o acompañamiento psicológico. Al ahondar en la razón del contraste entre el bajo número de personas que señalaron requerir atención psicológica con respecto a los hallazgos sobre síntomas, acciones y emociones relacionadas a traumas y problemas de salud emocional y psicológica; consideramos que esta diferencia se debió al tipo de herramienta utilizada en la recolección de información para generar la confianza necesaria ante esta pregunta que aún encierra prejuicios y presiones sociales que inhiben la posibilidad de dar una respuesta afirmativa.

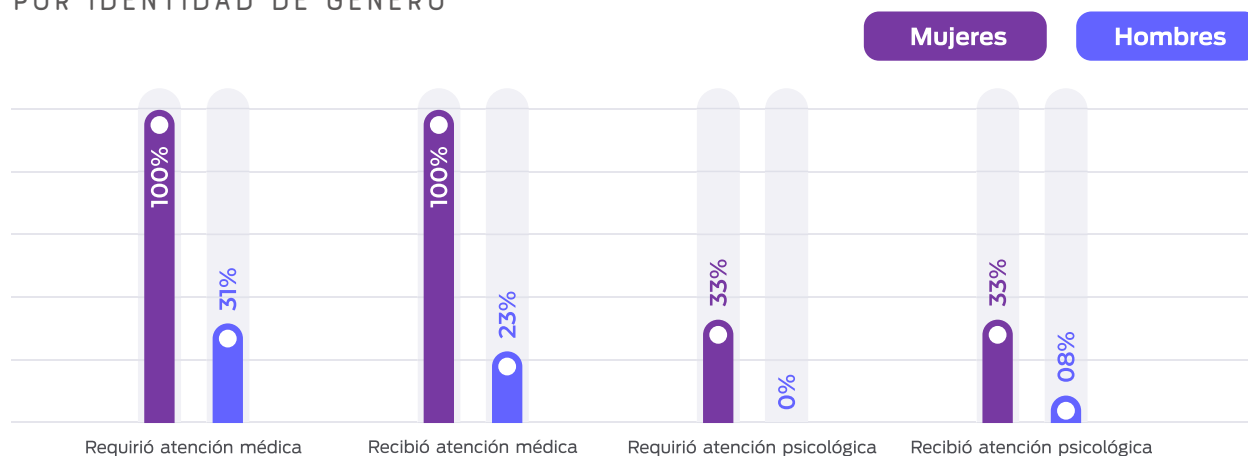
Lo anterior se confirma con los hallazgos de los grupos focales en Tijuana porque en sus dos versiones la gran mayoría de las personas manifestaron la necesidad urgente de atención psicológica para poder afrontar lo que están viviendo ante la constante incertidumbre por la actual política en la frontera estadounidense. Entre las pocas personas que han podido acceder a acompañamiento psicológico resalta que el acompañamiento no fue por parte de autoridades, sino en albergues de la sociedad civil por medio de organizaciones especializadas en el tema pero que cuentan con poco personal ante la necesidad desbordante. De las 12 personas participantes el 91.67% expresaron la necesidad de contar con acompañamiento psicológico, pero de ese porcentaje solo el 27.27% tuvieron dicho acompañamiento.

Un compañero desplazado interno compartió su percepción sobre la poca importancia y recursos que se le brindan al tema de la salud emocional y acompañamiento psicológico en México y cómo eso contribuye a una falta de reconocimiento de la urgente necesidad de ese acompañamiento en contextos de trauma y violencias.

Cuando cruzamos la información de acceso a atención médica con la variable de identidad de género, también se encontraron diferencias importantes (ver gráfica 13). Por ejemplo, todas las mujeres que fueron encuestadas en los dos estados reconocieron que necesitaron atención médica en México a diferencia de solo un 37% de los hombres. En la misma línea, ningún hombre encuestado señaló haber requerido atención o acompañamiento psicológico en México. Sin embargo, nuevamente vale la pena hacer un ejercicio de contraste con la información del apartado de características epidemiológicas donde se resaltan pocas diferencias entre los padecimientos, enfermedades, síntomas y emociones de acuerdo con la identidad de género de las personas encuestadas.

GRÁFICA 13

NECESIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA Y PSICOLÓGICA POR IDENTIDAD DE GÉNERO



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante encuestas y grupos focales, julio-agosto 2021.

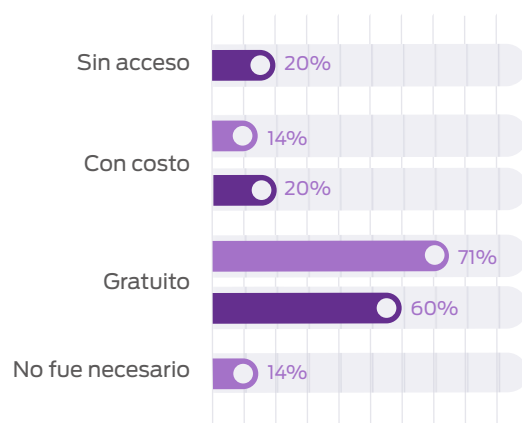
Sobre los grupos focales y la necesidad de acompañamiento en salud mental, de las 12 personas participantes (6 mujeres, 5 hombres y 1 personas de la comunidad LGBTQ+) solamente un hombre manifestó no necesitar acompañamiento psicológico lo que significa que del total de mujeres y personas LGBTQ+ que participaron, un 100 %, respectivamente, dijo requerir de esa atención y solamente 3 mujeres lo tuvieron; es decir un 75% del total de mujeres participantes contaron con apoyo psicológico y todas ellas estaban residiendo en un albergue de sociedad civil. Por su cuenta, de los hombres participantes el 75% manifestó urgir dicho apoyo, sin embargo 100% de éstos no pudieron acceder a él.

Respecto a las personas que recibieron atención médica y psicológica, en Chiapas un 71% de las personas fue atendida en Centros de Salud de los municipios, un 14% en un hospital general y otro 14% recibió la atención de una organización de sociedad civil especializada en el tema. Mientras tanto, en Baja California, específicamente en Mexicali, el 100% de las personas encuestadas que recibieron atención médica fueron atendidas en el hospital general. Sin embargo, en los grupos focales en Tijuana, la información fue diversa porque se mencionó al hospital general, clínicas privadas, farmacias y una clínica de una organización de sociedad civil como los espacios donde han ido y en algunos casos se les ha atendido o negado el acceso.

Finalmente, preguntamos a las personas sobre el acceso a estudios de laboratorio y medicamentos. Es importante reconocer que la mayoría de las personas encuestadas recibió medicamentos o se realizó estudios de forma gratuita (ver gráfica 14). Sin embargo, preocupa el 20% en Chiapas que no tuvo acceso a estos servicios. Para el caso de Tijuana, en los grupos focales, se mencionó a una clínica de una organización de sociedad civil y a un laboratorio de bajo costo para poder realizarse análisis.

GRÁFICA 14

ACCESO A MEDICAMENTOS Y ESTUDIOS DE LABORATORIO POR LOCALIZACIÓN



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante encuestas y grupos focales, julio-agosto 2021.

TRATO DIGNO

Al reconocer que el derecho al acceso a la salud no solamente implica la atención médica y psicológica, sino también las garantías de no discriminación y de atención de calidad. Definimos algunas preguntas que se engloban en lo que denominamos trato digno. En este sentido preguntamos a las personas sobre cuál fue el trato recibido por parte del personal en los servicios de salud, desde el personal de seguridad hasta las y los médicos. Asimismo, si consideraron que al momento de recibir atención médica el diagnóstico fue adecuado de acuerdo con los síntomas presentados, el tiempo en el que recibieron la atención y si tuvieron la posibilidad de hacer todas las preguntas que consideraron necesarias y recibieron respuestas claras por parte del personal médico.

En la tabla 2 se evidencia una diferencia importante en las percepciones y sentires de las personas en los dos estados. De las personas encuestadas en Baja California 40% recibieron lo que consideraron un trato malo o regular que se relaciona a un alto porcentaje que perciben que el tiempo de atención fue insuficiente y no tuvieron posibilidad de preguntar lo necesario y/o no obtuvieron respuestas. Entre tanto, en Chiapas donde menos de la mitad de las personas recibió atención médica, se evidencia una relación entre el buen trato y la inmediatez en la atención recibida.

Entre las personas participantes de los grupos focales se habló de poca eficiencia, discriminación y trato regular e incluso pésimo cuando han requerido atención médica. Una de las personas participantes nos comentó que cuando su pareja, también

extranjera, tuvo un accidente y la llevó a una clínica pública le dijeron que pese a que su pareja tenía seguro y estaba dada de alta no la podían atender porque no era la clínica que le correspondía, y que para recibir el servicio debían trasladarse por cuenta propia a las instalaciones. Consideró completamente inhumano que a pesar del dolor y la emergencia no le atendieran debido a la burocracia.

TABLA 2

CALIDAD EN LA ATENCIÓN POR LOCALIZACIÓN

UBICACIÓN	Trato				Diagnóstico acertado			Tiempo de atención			Posibilidad de preguntar
	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	Sí	No	No Sabe	Insuficiente	Adecuado	Inmediato	Sí
Chiapas	--	--	--	100%	67%	17%	17%	--	--	100%	67%
Baja California	40%	20%	20%	20%	60%	20%	20%	60%	20%	20%	20%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante encuestas y grupos focales, julio-agosto 2021.

Asimismo, la falta de documentación de regular estancia en el país o por un registro resulta común que a las personas migrantes les nieguen el servicio de atención médica. Dentro de uno de los grupos focales una mujer lesbiana enunció que su experiencia en la unidad de salud fue muy mala porque no le dieron acceso y la única recomendación que le hicieron fue que buscara atención privada.

yo sí me fui a una clínica particular y sí me atendieron bien, pero cuando di mi nombre y de donde era, de dónde venía [...] de mi país, pues como que la doctora cambió un poco [...] Si, sí eso sí me pasó a mí, puede ser que a algunos no, pero a mí sí [sentir discriminación]. Primero fue en la unidad de salud y después en similares.

-Mujer lesbiana migrante, Tijuana, julio de 2021.

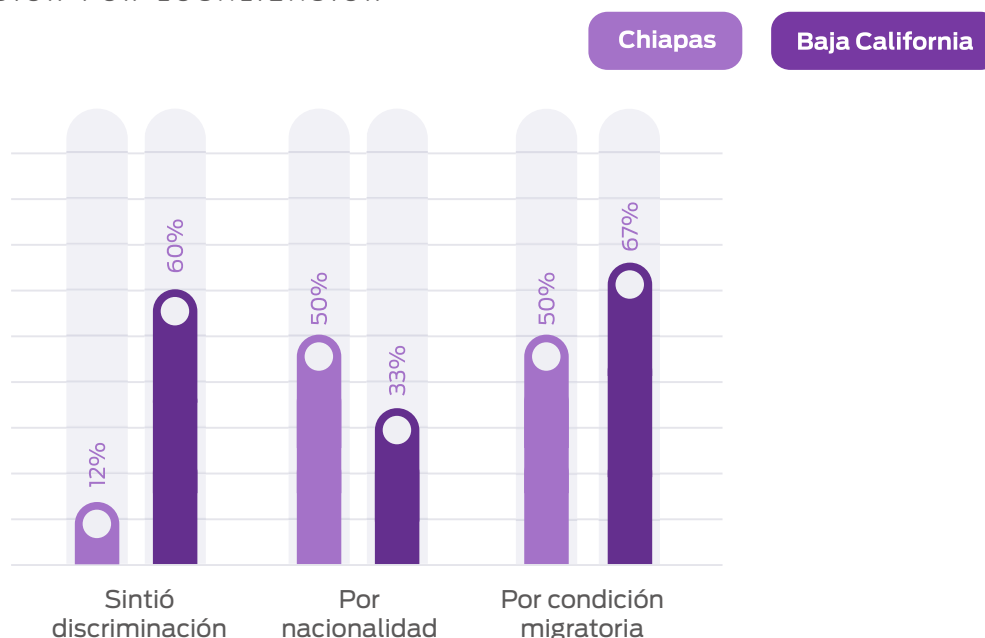
Al hacer el análisis en función de la identidad de género de las variables asociadas al trato digno (Tabla 5) se resalta la diferencia entre la percepción de un 50% de hombres que recibieron maltrato por parte de personal en los servicios de salud en comparación con 78% de las mujeres que recibieron un trato bueno o muy bueno. Esa misma diferencia en percepciones se mantiene en la pregunta sobre el tiempo de atención; pero se revierte en la percepción sobre qué tan acertado fue el diagnóstico recibido, ya que un 89% de las mujeres no se sintieron seguras con su diagnóstico, en comparación con un 50% de los hombres.

TABLA 3
CALIDAD EN LA ATENCIÓN POR GÉNERO

GÉNERO	Trato				Diagnóstico acertado			Tiempo de atención			Posibilidad de preguntar
	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	Sí	No	No Sabe	Insuficiente	Adecuado	Inmediato	Sí
Hombres	50%	--	--	50%	50%	--	50%	50%	50%	--	50%
Mujeres	11%	11%	11%	67%	11%	67%	22%	11%	11%	78%	44%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante encuestas y grupos focales, julio-agosto 2021.

Finalmente, preguntamos a las personas si en algún momento sintieron que fueron discriminadas por personal de los servicios de salud (personal de seguridad, de enfermería, administrativo, médico). En la misma línea de las diferencias respecto a la percepción del trato en función de la localización de las personas, un 60% de las personas encuestadas en Baja California que recibieron atención médica señalaron haber sufrido discriminación a razón de su nacionalidad o por su condición migratoria. Mientras tanto, dos de las siete personas en Chiapas sintió discriminación por su nacionalidad y condición migratoria.

GRÁFICA 15
DISCRIMINACIÓN POR LOCALIZACIÓN


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante encuestas y grupos focales, julio-agosto 2021.

Dentro de uno de los grupos focales, las discriminaciones mencionadas sobre el acceso a la salud fueron debido a la identificación de ser parte de la diversidad sexual como persona LGBTQ+ y por ser extranjera.

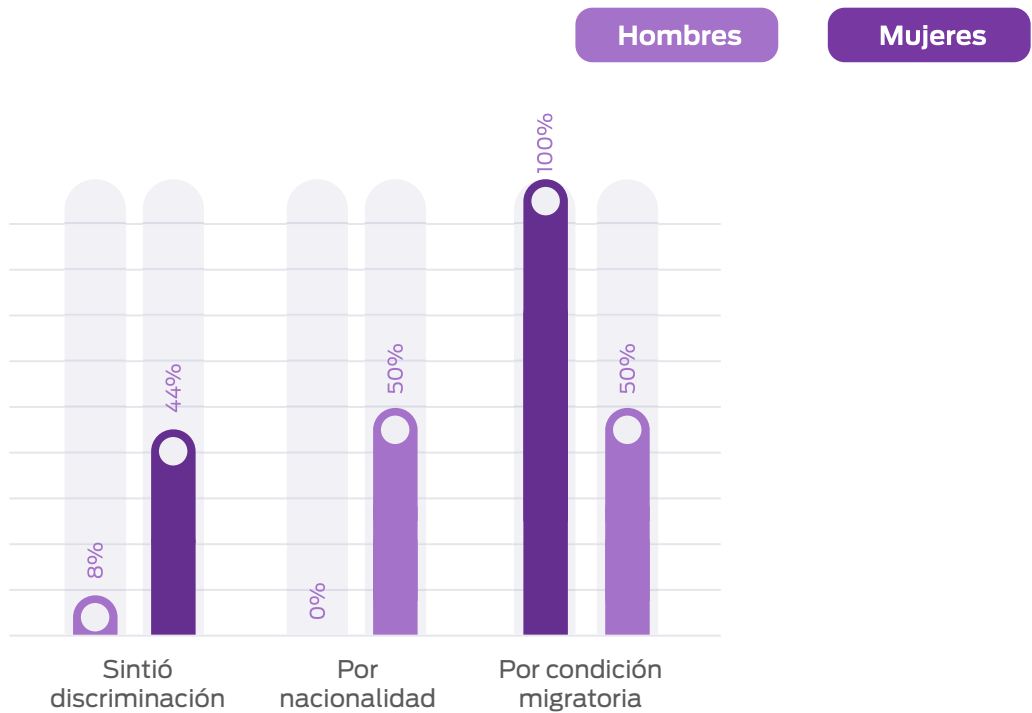
La comunidad LGBTQ+ tiende a sufrir eso, [también] nosotros por nuestra nacionalidad, por no ser mexicanos. Ellos [prestadores de servicios médicos] se dan cuenta, yo cuando voy a una clínica intento que me traten igual, cuando voy al Hospital General no me quieren hacer caso o atender como en las clínicas.

-Mujer migrante en Tijuana, 27 de julio de 2021

Al hacer el ejercicio de análisis en función de la identidad de género (ver gráfica 16), resaltamos que una mayor cantidad de mujeres sufrieron discriminación tanto por su nacionalidad y situación migratoria. Mientras que solo uno de los hombres señaló haberse sentido discriminado por su condición migratoria.

GRÁFICA 16

DISCRIMINACIÓN POR GÉNERO



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante encuestas y grupos focales, julio-agosto 2021.

REFLEXIONES DESDE ALBERGUES Y ORGANIZACIONES DEFENSORAS DE DERECHOS DE PERSONAS EN MOVILIDAD EN CHIAPAS Y BAJA CALIFORNIA

De las cinco organizaciones participantes en el estado de Chiapas, tres tienen como principal eje de trabajo el servir como albergues o dormitorios y las restantes prestan acompañamiento jurídico, psicosocial y vinculan con otras organizaciones o instituciones en temas de salud. Acompañan a población migrante en tránsito, solicitantes de protección internacional en México, personas retornadas y en menor grado a población asentada en el estado y en situación de desplazamiento forzado interno. Respecto a los perfiles poblacionales todas acompañan o atienden a mujeres y unidades familiares, mientras que cuatro dan atención a personas de la comunidad LGBTIQ+ y hombres. Asimismo, sólo tres organizaciones acompañan a niñas, niños y adolescentes (NNA) no acompañados. Finalmente, encontramos organizaciones que acompañan mensualmente entre 1-25 personas hasta aquellas con capacidad de más de 250 personas al mes.

En el caso de Baja California, las cinco organizaciones que se consideraron para este proceso en particular¹⁰, tienen como actividad principal la atención o acompañamiento en temas de salud, que incluyen la atención médica y el acompañamiento psicosocial. En su totalidad estas organizaciones atienden a población migrante en tránsito y solicitantes de asilo en Estados Unidos y en menor medida a población solicitante de refugio en México, población migrante asentada o varada, retornada, deportada y víctimas de desplazamiento forzado interno. Por otro lado, acompañan a unidades familiares, mujeres y personas de la comunidad LGBTIQ+, solo tres acompañan a hombres y una a NNA no acompañados. El promedio de atención varía entre 50-100 personas hasta más de 250 al mes.

A partir de las preguntas realizadas respecto al nivel de información con el que cuentan sobre los trámites, protocolos de canalización y atención en salud en los municipios donde trabajan, las organizaciones y albergues participantes compartieron las que consideraron como principales barreras de acceso a la salud para población en movilidad.

CHIAPAS

- Desinformación y desconocimiento de las personas sobre el acceso al derecho a la salud.
- Exigencia de documentación innecesaria de acuerdo con los mismos reglamentos de los servicios de salud.
- Restricciones de acceso para personas que no son solicitantes de refugio con constancias de trámite.

¹⁰ Las organizaciones que se consideraron para este proceso fueron detectadas en su mayoría a partir del mapeo realizado en la elaboración del “Informe; la respuesta de las personas defensoras de derechos humanos de personas en movilidad humana ante la pandemia de covid-19: La experiencia desde baja california” (Ver Organización México Americana para el Desarrollo, A.C, et al. 2021).

- Las personas deciden acudir a un hospital hasta que su salud empeora.
- Falta de ambulancia en el caso del municipio de Salto de Agua (en ocasiones puede haber una ambulancia, pero no conductor o gasolina) que afecta a población local y en movilidad.
- Falta de recursos económicos de las personas, las organizaciones y albergues para el pago de consultas y medicamentos.
- Mayores restricciones de atención en municipios donde no hay un tránsito cotidiano de personas en movilidad y el personal no está capacitado y sensibilizado para la atención a población migrante y con un enfoque de derechos humanos.
- Malos tratos por parte del personal de los servicios de salud, desde el guardia privado hasta el personal médico.
- Racismo y discriminación. se hizo alusión a la frase “no voy a anteponer a un migrante sobre un mexicano”.
- Discriminación por el idioma, especialmente para población haitiana, africana o de otras nacionalidades y pueblos originarios que no hablan español.
- Dificultad en el seguimiento y tratamiento médico porque las personas continúan el tránsito migratorio.

BAJA CALIFORNIA

- Poca o nula información sobre disponibilidad de servicios y acceso a derechos en general.
- Restricciones sistemáticas de acceso para población en movilidad.
- Baja capacidad de atención de hospitales y Centros de salud públicos.
- Costos de atención que incluyen el transporte y el acceso a medicamentos ante la precarización de las condiciones de vida.
- Racismo y xenofobia del personal de atención en el sistema público y los servicios privados.
- Negación arbitraria de acceso por falta de documentos de identificación (CURP, tarjetas de residencia temporal o permanente, pasaporte, acta de nacimiento).
- Falta de interés de las instituciones en la generación de mecanismos y acuerdos de canalización, atención e información.
- Falta de comunicación entre instituciones, descoordinación y desinformación sobre lo que marca la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y las leyes secundarias, que señalan que se debe garantizar el derecho a la salud.
- Desconocimiento de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, 1951.
- Saturación de los servicios para la población en general, no hay buena administración, ni recursos humanos, camas o medicamentos suficientes.
- Falta de apoyo por parte de las autoridades a organizaciones que se especializan en los servicios de salud dirigidos a la población en movilidad humana.
- Desconocimiento de los servicios, algunas personas migrantes desconocen que pueden ser atendidos de manera gratuita en los Centros de Salud.

- Las personas no se acercan a servicios de salud públicos por miedo a ser rechazados, discriminados y tampoco hay confianza en la calidad de los servicios públicos de salud.
- Obstáculos en la movilidad y acceso a centros de atención que incluyen los altos costos de transporte público, sobre todo de población migrante asentada en el Este de la ciudad de Tijuana.
- No hay una oferta de servicios de salud localizados en donde se concentra dicha población, mientras que la oferta de servicios no atiende a las personas desde un enfoque de interculturalidad atendiendo el origen étnico y nacional, la lengua, el género y otras diferencias.
- Como efecto de la pandemia: los servicios públicos sólo atienden situaciones urgentes, por lo que no hay atención especializada ni acceso a cirugías, vulnerando la condición de salud de personas que necesitan atención específica de segundo nivel.

Respecto a estas barreras de atención detectadas consultamos cómo se ha acompañado a la población para superarlas. En Chiapas, la principal acción que han realizado todas las organizaciones y albergues ante algún caso de negación o restricción de acceso al derecho a la salud es contactar directamente a las autoridades de los servicios de salud y direcciones de los hospitales. Seguido por la canalización a otras organizaciones especializadas en atención en salud o la realización de acciones de incidencia para la definición de acuerdos a nivel local con funcionarios del sector salud. En menor medida han realizado denuncias públicas, solicitudes de medidas ante las Comisiones Nacional y Estatales de Derechos Humanos, canalización a prestadores de salud privadas o han contactado a Organismos Internacionales. En última instancia, una organización ha promovido solicitudes de amparos ante la negación sistemática del derecho a la salud.

En el caso de Baja California y especialmente Tijuana, tres de las 5 organizaciones han acudido a la canalización otras organizaciones de sociedad civil, seguido por el contacto directo a las autoridades de los servicios públicos de salud, la solicitud del acompañamiento de las Agencias Internacionales y la canalización a servicios privados. Solo una organización realizó acciones de denuncia y otra mencionó que promovió acuerdos a nivel local para la atención.

Un aspecto que se definió incorporar en este proceso es la detección, canalización de casos de violencia de género, violencia sexual y otras formas de violencia hacia las personas migrantes. En Chiapas y Baja California, el 100% de las organizaciones participantes señalaron haber atendido casos de violencia física, violencia sexual y maltrato entre las personas que atienden y acompañan. Respecto a las instancias a las que se canalizaron los casos, en Baja California la mayoría de las organizaciones señaló que vinculan los casos a la Comisión Estatal de Derechos Humanos del estado de Baja California y al INMUJER. Únicamente una organización señaló haber canalizado el caso

al Ministerio Público, es decir para iniciar un proceso de denuncia por violencia. También una organización señaló remitir el caso a HIAS, una organización sin fines de lucro estadounidense que opera en el territorio y atiende temas de refugio.

Sin bien se reconoce que algunas de estas acciones de seguimiento resuelven casos y restricciones puntuales de acceso, se necesitan acciones políticas e institucionalizadas que aborden en distintos niveles las barreras de acceso al derecho a la salud. Por tanto, compartimos las siguientes propuestas desde las organizaciones y albergues participantes:

PROPUESTA DE ORGANIZACIONES EN CHIAPAS

- Reuniones de trabajo a nivel local con autoridades de salud donde haya participación de personas en movilidad para recibir información sobre procedimientos y trámites. Además, de acordar protocolos de canalización y atención.
- Implementación de módulos de atención a la salud en localidades y barrios alejados de centros de salud y hospitales.
- Políticas públicas que contemplen a la población migrante asentada y en tránsito en temas de inmunización, y salud sexual y reproductiva.
- Formación a personal de los servicios de salud que dan atención directa a población en movilidad sobre el enfoque de derechos y de atención intercultural.
- Formación y capacitación en albergues por parte de personal médico desde enfoques tradicionales y convencionales de la medicina.
- En el caso específico de Salto de Agua, garantizar la disposición de ambulancias para el traslado de emergencias.
- Trabajar con las personas en movilidad para que difundan y promuevan información sobre el derecho a la salud en el tránsito.
- Ante la pandemia del COVID-19 es necesario un mejor equipamiento y capacitación en los albergues. Así como, garantizar el acceso a población en movilidad a las pruebas, la atención médica y las vacunas.

PROPUESTAS DE ORGANIZACIONES EN BAJA CALIFORNIA

- Creación de Centros de atención integral para población migrante con gratuidad o bajo costo.
- Difusión de campañas públicas y masivas de información con un enfoque en población en movilidad humana e interculturalidad.
- Presencia institucional en albergues, campamentos y colonias con mayor presencia de población migrante o en movilidad humana.

- Realización de jornadas médicas mensuales en sitios estratégicos de acuerdo con las necesidades identificadas de atención en salud física y emocional.
- Las personas deben buscar informarse, con el acompañamiento de organizaciones de sociedad civil para ejercer sus derechos.
- Comunicación interinstitucional mensual obligatoria para una respuesta articulada entre instituciones y agencias internacionales como INM, SSA, ACNUR, COMAR y cualquier institución pertinente.
- Que sea obligatorio que las autoridades de los tres niveles de gobierno conozcan los acuerdos internacionales a los que México se ha adscrito y la Convención de Ginebra, es decir socializar las bases y el sentido del derecho internacional humanitario para garantizar atención a la salud desde un enfoque de derechos humanos.
- Facilitar el proceso de adquisición de documentos de identidad para hacerlo accesible y aplicar medidas anticorrupción a funcionarios que realizan cobros indebidos a las personas migrantes por buscar renovar o acceder a documentos de regularización migratoria.
- Se sugieren planes de mejoras y de administración en los servicios de salud, así como de aplicación de los presupuestos y la adquisición de materiales y fármacos.
- Incentivar y facilitar las acciones de organizaciones de sociedad civil que están haciendo el trabajo que le corresponde al gobierno, participación en la jurisdicción sanitaria.
- Reconsiderar la reconversión de hospitales COVID - abrir algunos pisos para atención especializada.
- Educar a los colegios médicos y hospitales, escuelas de medicina, enfermería y trabajo social sobre temas relacionados a interculturalidad y atención desde la perspectiva de atención al trauma.
- Colectivizar los servicios de cuidados no remunerados, por ejemplo, con guarderías, para facilitar el acceso a las familias.
- Disponer recursos públicos para ampliar la oferta de atención de la salud, ya sea en hospitales públicos o Centros de atención de la sociedad civil.

ALGUNAS CONCLUSIONES PARA CONTINUAR CONSTRUYENDO

Reconociendo que el acceso a la salud es un derecho humano fundamental para cualquier persona, nos permitimos abrir un diálogo sobre las alternativas que podemos considerar para que la población en movilidad humana goce de este derecho. La metodología utilizada por las organizaciones convocantes tuvo tres momentos: 1) identificación de barreras al acceso del derecho a la salud y formas de afrontarlas desde la experiencia directa de personas migrantes, buscando poner en el centro sus voces y vivencias; 2) la ubicación de las barreras al derecho a la salud desde el acompañamiento que brindan organizaciones de la sociedad civil y formas de sortearlas desde la cotidianidad y resolverlas desde una mirada estructural y 3) la convocatoria del Diálogo entre fronteras: acceso al derecho a la salud de las personas en movilidad con la finalidad de que dichas barreras sean conocidas e identificadas por las autoridades para que desde ahí nos compartan formas de afrontarlas y de no repetición, reconociendo lo que cada autoridad presente en el Diálogo puede hacer o hace y lo que no.

A partir de los resultados de este ejercicio que recoge los hallazgos cualitativos de los dos primeros momentos, fue posible conocer de cerca la percepción de las personas migrantes, desplazadas y solicitantes de protección internacional sobre su acceso al derecho a la salud y el perfil epidemiológico y de enfermedades físicas recurrentes en ellas.

Este documento permite generar un acercamiento sobre temas relevantes como la salud mental, el efecto de la violencia estructural (negación sistemática de acceso al pleno disfrute de sus derechos humanos) y vulnerabilidad en la que se encuentran miles de personas en tránsito, varadas o asentadas en estados y ciudades fronterizas. Esta breve radiografía, muestra que, si bien es cierto el factor de la temporalidad, podría considerarse una variable que genera otras experiencias de acceso a la salud, lo evidente es que el simple hecho de ser una persona extranjera con o sin documentos limita sus posibilidades de pleno disfrute de su derecho a la salud y al bienestar.

A partir de los testimonios recolectados, tanto de las personas en movilidad como de quienes les prestan servicio y atención, nos indica claras barreras de acceso a la salud. Una de ellas es la limitada información sobre las opciones de atención, al mismo tiempo que la inexistencia de perfiles de salud tanto física como mental y emocional de las personas en movilidad humana, lo cual provoca nulas o inexistentes medidas de atención a esta población en particular. En el documento y como resultado del diálogo con las personas es posible visibilizar que no existe portabilidad de derechos y que no existe un sistema de vigilancia sanitaria en las ciudades de tránsito, espera y acogida que identifique los riesgos y las principales problemáticas de salud de las personas en movilidad.

De igual forma, aunque la movilidad humana se ha convertido en un factor clave para el desarrollo sostenible, es decir una alternativa de desarrollo para todos los países del mundo, es posible visibilizar que los sistemas de salud, los gobiernos y las sociedades de acogida vinculan a la población migrante como una amenaza a la seguridad sanitaria, lo que los convierte en víctimas del rechazo, la discriminación y la xenofobia. Para contar con un marco sobre las características de un sistema de salud que incorpore todos los elementos para ser inclusivo partimos del “Documento de orientación sobre migración y salud” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) en el mismo se da cuenta de la manera en cómo se busca que las políticas, planes, programas y leyes relacionadas a la salud contemple los enfoques de derechos humanos y de la seguridad humana.

De acuerdo con este documento se contemplan cinco medidas recomendadas con respecto a la migración y salud en las Américas:

- a. **Línea de acción estratégica 1 – Fortalecer la vigilancia sanitaria, la gestión de la información, y el monitoreo:** Esta línea de acción se enfoca en asegurarse que los sistemas nacionales de vigilancia sanitaria integren consideraciones ya sea para las poblaciones de acogida y las migrantes. Busca asegurarse que se genere información y datos desagregados a nivel regional y de país (nacional y subnacional), y que estén disponibles registros adecuados, estandarizados y comparables sobre la salud de las personas migrantes con el fin de apoyar a los tomadores de decisiones y formuladores de políticas para desarrollar políticas, planes e intervenciones basadas en evidencias.
- b. **Línea de acción estratégica 2 – Mejorar el acceso a los servicios de salud para la población migrante y la de acogida:** Enfocada en aumentar el acceso equitativo a servicios de salud que sean completos, oportunos y de calidad, incluido a las poblaciones migrantes, sin discriminación y enfocados en las personas y comunidades. Es importante determinar las barreras específicas al acceso y definir las intervenciones específicas, por ejemplo, facilitar apoyo lingüístico, intercultural y financiero con el fin de mejorar el acceso a los servicios de salud para las poblaciones migrantes y de acogida.
- c. **Línea de acción estratégica 3 – Mejorar la comunicación e intercambio de información con el fin de contrarrestar la xenofobia, el estigma y la discriminación:** Esta línea se centra en la disposición de información precisa y la disipación de miedos y percepciones equivocadas que existen entre las poblaciones migrantes y de acogida sobre los impactos sanitarios de la migración y el desplazamiento en las poblaciones móviles, y los impactos en la salud de las comunidades locales y los sistemas de salud.
- d. **Línea de acción estratégica 4 – Fortalecer las alianzas, las redes, los marcos multi-país con el fin de comprender el estatus y promover y proteger la salud de**

los migrantes: Busca asegurar que se aborde los determinantes que afectan la salud de las personas migrantes mediante acciones conjuntas y respuestas coherentes a políticas de salud pública multisectoriales, incluidos los impactos diferenciados entre las mujeres, niñas, niños y comunidades indígenas y afrodescendientes. Promueve la sinergia y eficiencia mediante alianzas y la coordinación intersectorial, internacional e interagencial y mecanismos de colaboración, incluidos aquellos con las agencias dentro del Sistema de Naciones Unidas.

- e. Línea de acción estratégica 5 – Adaptar las políticas, programas y marcos legales con el fin de promover y proteger la salud y bienestar de los migrantes:** Apunta a la incorporación de la salud de las personas migrantes en las agendas nacionales, promueve políticas que tengan en cuenta a las personas migrantes y su protección legal y social, además de la salud y bienestar de las mujeres, niños y adolescentes que viven en entornos migratorios. Debido a que el género y el origen étnico pueden influir sobre los motivos para migrar, así como también las redes sociales que usan para movilizarse en los países de acogida, existe una necesidad de garantizar enfoques de igualdad en los programas y políticas nacionales, incluido el empoderamiento de las mujeres y niñas migrantes y la igualdad de género.

Respecto a la concordancia de estas líneas de acción con los resultados de estos procesos en las personas y organizaciones, nos encontramos con las siguientes problemáticas y propuestas puntuales que esperamos sirvan de marco de discusión y desarrollo de nuevas propuestas que consideren las distintas ópticas con las que se debe ver a la migración internacional, los desafíos de los gobiernos locales y las principales problemáticas a las que son expuestas las personas en movilidad humana.

Líneas de acción de la OPS	Problemáticas identificadas en el informe de hallazgos	Propuestas desde las organizaciones participantes
Fortalecer la vigilancia sanitaria, la gestión de la información, y el monitoreo.	Limitada información sobre el perfil epidemiológico de las personas migrantes en Chiapas y Baja California.	Realización de jornada médicas de prevención, detección y seguimiento en espacios específicos de acogida de población migrante como albergues, campamentos, colonias, barrios y lugares de asentamiento de población migrante o en movilidad humana para generar un sistema de vigilancia sanitaria y un proyecto de intervención epidemiológico que disminuya el riesgo para esta población.

		Reuniones de trabajo con autoridades de salud en donde participen prestadores de servicios y comunidad en movilidad humana.
Mejorar el acceso a los servicios de salud para la población migrante y la de acogida.	Desinformación y desconocimiento de las personas sobre el acceso al derecho a la salud. Racismo y discriminación por origen, nacionalidad, estatus migratorio e idioma. Inexistencia de campañas sobre el derecho de acceso a la salud. Falta de atención con un enfoque de interculturalidad, origen étnico, nacional y género.	Formación a personal que presta servicios de salud con un enfoque de derechos e interculturalidad. Comunicación interinstitucional mensual obligatoria entre instituciones de los tres niveles de gobierno, organismos internacionales y sociedad civil.
Mejorar la comunicación e intercambio de información con el fin de contrarrestar la xenofobia, el estigma y la discriminación.	Mayores restricciones de atención en municipios donde hay un tránsito cotidiano de personas en movilidad humana.	Políticas públicas y acciones que consideren la diversidad cultural, lingüística y que contemplen a la población migrante asentada y en tránsito en temas de atención en general, inmunización, salud sexual y reproductiva.