



Crítica y Derecho

Revista Jurídica

e-ISSN 2737-6281 / p-ISSN 2737-629X

<https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/criticayderecho/issue/view/297>

Derechos humanos y migración en América Latina

Los migrantes por su tránsito en México y la precariedad en su derecho humano a la salud

Migrants in transit through México and the precariousness of their human right to health

Martha Elena Báez Martínez

Doctora en Administración Pública.

Investigadora Facultad de Contaduría Pública. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

martha.baez@correo.buap.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2394-7750>

Yessika Mabel Cepeda Arellano

Doctora en Administración Pública.

Investigadora Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

yessika.cepeda@correo.buap.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0253-2783>

María Luisa Flores Hernández

Maestra en Administración.

Investigadora Facultad de Contaduría Pública Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México.

marial.flores@correo.buap.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3194-7673>

DOI: <https://doi.org/10.29166/cyd.v3i5.3874>

Recibido: 2022-04-10 / Revisado: 2021-06-04 / Aceptado: 2021-06-12 / Publicado: 2022-07-01



RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo exponer el contexto actual sobre el derecho humano a la salud de los migrantes en su tránsito por México durante el periodo que abarca el periodo 1821 a 2021. En ese contexto se parte de la obligatoriedad establecida dentro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que alude a la garantía de este derecho fundamental y como el Estado a través de la historia ha implementado políticas públicas y otros mecanismos con la finalidad cumplir con este compromiso. El sistema de salud pública en América Latina carece de un escenario positivo que les dé cabida a los ciudadanos de los países latinos a un servicio de salud, programas y/o políticas públicas que otorguen un verdadero servicio para la salud de todos. El déficit de cobertura de los servicios de salud latinoamericano se debe a la falta de recursos para este sector y por lo tanto los gobiernos enfrentan un verdadero reto en este sentido para atender las necesidades de toda la población.

PALABRAS CLAVE: migrante, migración, derecho humano a la salud, precariedad, covid-19, república mexicana.

ABSTRACT

The present work aims to expose the current context on the human right to health of migrants in their transit through Mexico during the period that covers 1821 to 2021. In this context, it is part of the obligation established within the Political Constitution of the United Mexican States that alludes to the guarantee of this fundamental right and how the State throughout history has implemented public policies and other mechanisms to fulfill this commitment. The public health system in Latin America lacks a positive scenario that gives citizens of Latin American countries a place for a health service, programs and/or public policies that provide a true service for the health of all. The lack of coverage of Latin American health services, is a result of the lack of resources provided for this sector and therefore governments face a real challenge in this regard, to meet the needs of the entire population.

KEYWORDS: migrant, migration, human right to health, precariousness, covid-19, mexican republic.

INTRODUCCIÓN

A nivel internacional, se ha incrementado de forma trascendente la movilidad y el traslado de los individuos dentro de su país de origen, así como hacia otras naciones, lo cual ha sido una constante en la evolución histórica de la humanidad como una respuesta en la búsqueda para la satisfacción de las necesidades en una organización de grupo o particular, para, con ello, alcanzar condiciones de vida pertinentes. El fenómeno migratorio ha fomentado el interés por entender sus dinámicas propias de académicos, investigadores, gobiernos, y de organizaciones de la sociedad civil.

La migración, tanto interna como hacia el exterior de las fronteras, tiene una serie de características propias que ayudan a entender los contextos sociales mediante las cuales se encuentra una población dentro de su lugar de origen, manifestando, entre muchos componentes, sus necesidades, el tipo de gobierno que lo administra, sus condiciones económicas, el desarrollo intrínseco de su localidad,

su nivel educativo, así como también, el nivel de libertad en la toma de decisión de abandonar el medio donde se desenvuelve para insertarse en otro, quizás enteramente diferente al suyo, para lograr sus objetivos y metas personales y no de un tercero, como es el caso de la migración forzada (Cepeda, 2019, p. 70).

Para Franco (2012), la migración debe ser estudiada por las siguientes razones:

- La migración es un componente indisoluble del cambio en la población y, como tal, puede influir determinantemente sobre la estructura, dinámica y magnitud de la población.
- La migración es un fenómeno esencialmente social, que está determinado por la estructura social, cultural y económica de una región o país, pero que, a la vez, repercute sobre esas estructuras.
- La migración es un hecho potencialmente trascendente en la vida de las personas y de las sociedades y, por tal debe ser considerada en las políticas de desarrollo que aspiran a lograr un mayor crecimiento, equidad y calidad de vida (p. 13).
- Asimismo, la migración internacional comprende un cúmulo de aristas que deben ser consideradas para entender el entorno por el cual se produce el fenómeno migratorio en las estructuras sociales, es por lo que, de acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2022) por migración internacional se debe entender como un “movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual y a través de una frontera internacional hacia un país del que no son nacionales.”

Dentro del proceso de migración internacional, los actores sociales, son merecedores a una definición específica de su condición, ya sea esta legal o ilegal, con particularidades propias, que permite conocer e identificar el estadio bajo el cual se encuentran a lo largo del fenómeno migratorio.

El papel de la ciudadanía, a través de la concepción globalizadora del flujo de actores a nivel global, ha originado cambios importantes en el desempeño de los derechos y obligaciones dentro de las naciones receptoras de migrantes. Ello a consecuencia de que independientemente de no ser parte del Estado, éste debe garantizar en medida de lo posible, ciertas atribuciones, como, por citar un ejemplo, es lo relativo al libre tránsito, sin olvidar, claro está, la calidad bajo la cual ingresó en el territorio, debido a que el Estado implementa políticas migratorias para evitar desplazamientos masivos en su interior y las diversas problemáticas que esto representa (Cepeda, 2019, p. 72).

En cuanto a la migración internacional, Gómez (2010) identifica y desglosa las causas que dan pie a los desplazamientos migratorios, ya sean estos por voluntad propia o por la existencia de mecanismos de coerción, clasificándolos en fenómenos sociales y fenómenos naturales. Los fenómenos sociales que el autor menciona son los siguientes:

- Económicos. Generados por las diferencias salariales e intercambio desigual entre países, proteccionismo económico a través de subsidios en los países de destino, asimetrías del crédito e información y sustitución de actividades económicas en el entorno de los inmigrantes en sus países de origen.
- Políticos y jurídicos. Explicados por los conflictos internos, regionales e internacionales. También influyen la movilidad, las legislaciones y la normativa jurídica que prohíben las exportaciones, importaciones e inversiones, como también las sanciones económicas.
- Demográficos. Para el país de origen influye la superpoblación, y para el país receptor la caída de la natalidad y el envejecimiento de su población.
- Etnográficos. Definido por condiciones raciales e interrelaciones entre pueblos.
- Geográficos. Determinados por cercanía fronteriza y acciones geográficas.

- Históricos. Explicados por lasos de colonización y asentamientos poblacionales de antepasados que implican afinidades de carácter cultural, lengua, religión, familiaridad y otras.
- Sociológicos. Por encuentro entre descendientes en los países de destino, reagrupaciones entre los nuevos inmigrantes y adopciones.
- Psicológicos y médicos. Determinados por fenómenos de estrés y motivación, ya que ciertas actividades no motivan, tienen baja reputación y no brindan ascenso social a los nativos de los países de destino de la migración, lo cual implica que estas actividades indeseadas por los nativos se desarrollen con personal inmigrante.
- Culturales, educativos, científicos y tecnológicos. La brecha tecnológica y científica entre países desarrollados y subdesarrollados económicamente contribuye a este tipo de desplazamiento para formación, calificación y desempeño.
- Por misiones. Por motivos y misiones políticas, diplomáticas, religiosas, militares, recreativas, empresariales, comerciales lícitas y comerciales ilícitas como explotación sexual y esclavitud.

Del mismo modo, Gómez menciona que los fenómenos naturales que originan la migración internacional son de:

- Origen físico-químico. Explicado por cambios climáticos y meteorológicos (inundaciones, sequías, incendios, deslizamiento de suelos, vendavales, huracanes y tsunamis), movimientos telúricos, maremotos, erupciones volcánicas, impacto de meteoritos y tormentas eléctricas.
- Origen biológico. Por invasión de plagas, problemas fito y zoonosarios en la agricultura, ganadería y flora.
- Por prácticas inadecuadas en actividades de explotación. Estas actividades pueden ser mineras, agrícolas, ganaderas, explotación de bosques, industriales, generación de energía, presas hidráulicas.
- Por adecuación y mejoramiento de las condiciones ambientales. El mejoramiento en infraestructuras y la adecuación de zonas que eran inhabitables hacen posible los asentamientos poblacionales (p. 84-86).

Con base en la identificación de los fenómenos sociales y naturales de Gómez, se puede argumentar, el cómo la decisión de afrontar y ser parte de un proceso migratorio, ya sea individual o en colectivo, está condicionado por un sinnúmero de aristas que involucran al contexto donde el o los individuos se desenvuelven, lo cual llevaría a argüir que la migración, interna o internacional, es una condición constante e implícita en el desarrollo de la sociedad.

Es de suma importancia considerar, que dentro del fenómeno de la migración internacional se encuentra vinculada a las actividades de tipo ilegal bajo las cuales tanto los individuos como los grupos pueden ser presa. Arizpe (2007) menciona que, “la ilegalidad de gran parte de las migraciones internacionales ha provocado, asimismo, problemas de criminalidad y seguridad más allá de las fronteras, que requieren nuevas medidas para combatir el tráfico de personas, incluyendo la prostitución de mujeres y niños, el crimen organizado y el terrorismo” (p. 92).

La incapacidad de los Estados de otorgar mecanismos que den certeza económica, social y cultural a todos sus ciudadanos incentiva la imperiosa necesidad de abandonar sus lugares de origen. Asimismo, se vincula con la incapacidad de llevar a cabo negociaciones con los países receptores para garantizar la implementación de políticas migratorias eficaces y eficientes (Cepeda, 2019, p. 77). Hecho que ocasiona que se generen acciones o la organización de grupos que aprehenden a los y las migrantes para aprovechar las desventajas de sus condiciones y el vacío legal en el cual se encuentran, y a sabiendas que son vulnerables dentro

del territorio aprovechan para utilizarlos para fines de explotación laboral, sexual, tráfico de órganos y drogas, entre otros, sin importar género, condición de salud, psicológica, ni edad.

Es importante mencionar que el presente ensayo se realizó mediante una metodología teórica, basada en métodos, técnicas y procedimientos inherentes al enfoque epistemológico racionalista-deductivista, Castillo (2021) en donde se concluye que a pesar de existir políticas públicas y programas que brinden atención a los migrantes por su tránsito en México, muchos de ellos no utilizan los servicios de salud por desconocimiento por la falta de este servicio en el lugar en donde se establecen, lo que incide en su precariedad para el aprovechamiento de estos servicios, por lo que es necesario establecer mayores programas de difusión y operación que permitan la garantía y el cuidado de la salud para estas personas.

DESARROLLO

El sistema de salud pública en América Latina carece de un escenario positivo que les dé cabida a los ciudadanos de los países latinos a un servicio de salud, programas y/o políticas públicas que otorguen un verdadero servicio para la salud de todos.

El déficit de cobertura de los servicios de salud latinoamericano se debe a la falta de recursos para este sector y por lo tanto los gobiernos enfrentan un verdadero reto en este sentido para atender las necesidades de toda la población.

Definiendo el concepto de salud pública Ramos (2000) menciona que tiene sus orígenes en la religión, ya que la limpieza estaba relacionada con el espíritu. En la Roma antigua se manejó por primera vez el concepto de Higiene Pública que hacía referencia a temas preventivos para cuidar el medio ambiente de la ciudad, particularmente el agua.

En un breve repaso por la historia, la característica social en temas de salud fue precaria y llena de enfermedades que aún no se conocía la cura y se recurría a incipientes métodos curativos, tomando en cuenta componentes naturales para la curación. Johan Peter Frank es considerado el padre de la salud pública y estableció la política médica en Europa. “En ese momento es cuando el Estado, para conservar las fuerzas productivas, toma mayor partido en el control del agua y la limpieza, agregando también algunos aspectos sobre el modo de vida, como el control de alimentos y de las enfermedades profesionales” (García, Castañeda, Pérez y Labrada, 2002, p. 2).

Por lo tanto, durante el siglo XVIII ya se habían estudiado los riesgos para la salud en determinados grupos de población y se habían propuesto ayudas dirigidas a científicos, marinos, soldados, presos, madres solteras, etcétera. Asimismo, los médicos de la época estudiaron que las enfermedades existentes podrían estar originadas por pobreza, situaciones prioritarias de trabajo, vivienda, incertidumbre y prejuicios.

Por otra parte, los grandes avances en la medicina se produjeron en el Siglo XIX, con el desarrollo de equipos médicos y los descubrimientos de Luis Pasteur y Koch, entre 1870 y 1882. En Rusia y Alemania se dan por primera vez los servicios de salud pública (1865- 1883) y es en este siglo que surge en América Latina, particularmente en la isla de Cuba, el primer ministerio de salud pública en el mundo: la Secretaría de Sanidad y Beneficencia.

Tomando en cuenta el contexto anterior:

[...] a comienzos del siglo XX, había 194 millones de personas viviendo en el continente (102 millones en América del Norte y 92 millones en América Latina y

el Caribe). Para 2010, se había triplicado la población de América del Norte y sextuplicado la población de América Latina y el Caribe; se espera que la población de toda la Región alcance los 1.000 millones de habitantes en siete años (2, 3). En 1900, la región comenzaba a afrontar la primera onda de globalización que siguió a la gran revolución industrial de finales del siglo XIX; en 2010, la Región enfrenta la segunda onda de globalización, que sigue a la gran revolución tecnológica de finales del siglo XX. Antes, en 1900, la edad mediana era de 23 años y el índice de envejecimiento, de 14 (en otras palabras, había 14 personas de 65 o más años de edad por cada 100 personas menores de 15 años). En 2010, la mediana de la edad era de 31 años y el índice de envejecimiento, de 37 años (Roses, 2017).

En el caso mexicano, el siglo XIX marcó un escenario importante en el desarrollo de los servicios de salud en México ya que bajo el mandato del presidente Benito Juárez se decretó la Ley de Secularización de Hospitales y Establecimientos de Beneficencia y el Reglamento para los Hospitales y Centros de Beneficencia o Asistenciales.

[...] desde los primeros planes del gobierno se plantearon opciones prioritarias en salud pública. En sus inicios los principales programas sanitarios recayeron en el Departamento de Salubridad y en 1934 se creó un sistema de coordinación de actividades de salud pública entre el gobierno federal y los estados y territorios. Desde los primeros planes del gobierno se plantearon opciones prioritarias en salud pública. En sus inicios los principales programas sanitarios recayeron en el Departamento de Salubridad y en 1934 se creó un sistema de coordinación de actividades de salud pública entre el gobierno federal y los estados y territorios. Posteriormente, en 1937, fue creada la Secretaría de Asistencia que en 1943 se fusionó con el Departamento de Salubridad, para unir orgánicamente las acciones de prevención y protección a la salud con las de asistencia médica y social. (Campa, 2017).

El año de 1943 fue crucial para el sistema de salud en México ya que se promulgó la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, que, en la actualidad, es el organismo que otorga más servicios de salud y protección social a los mexicanos. En el Instituto se desarrolla investigación médica, se administran las pensiones de retiro para los asegurados y se otorga seguridad social para los trabajadores y sus familias.

La demanda de estos servicios es tan grande, que en algunos momentos de tragedias naturales o durante la pandemia del COVID-19 el servicio médico ha colapsado. El IMSS es el organismo más grande en su tipo en América Latina. Los servicios de este instituto son para los trabajadores de empresas privadas, quienes, por ley, tienen que asegurar a sus trabajadores.

En 1959 surge el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que desde su creación administra parte del cuidado de la salud y seguridad social, ofrece asistencia en casos de invalidez, vejez, riesgos de trabajo y apoyo en gastos de defunción, al igual que el IMSS.

Con el paso del tiempo, el sistema de Salud en México ha tenido avances significativos que han sido retomados por los gobiernos de los 32 estados que forman la República Mexicana. Por lo tanto, la reforma más importante que ha tenido el sistema de Salud en México se dio en el año de 1996 cuando el otorgamiento del servicio de salud corresponde a la Secretaría de Salud de cada entidad federativa.

En el año 2020, por decreto del actual presidente Andrés Manuel López Obrador se fundó el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

El INSABI tiene por objeto proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud. (Gobierno de México, (s.f).

Sin embargo, a dos años de su creación, este instituto no ha dado resultados, debido a que las carencias en temas de medicamentos, atención médica, no han dado resultados satisfactorios, lo cual se agravó por la pandemia de la COVID-19.

[...] existen en México tres sistemas de salud: el estatal o paraestatal (SSA, IMSS, ISSSTE), la medicina privada y la medicina popular o tradicional. Del porcentaje del PIB otorgado a los servicios de salud públicos, de los países miembros de la OCDE México es el país que menos otorga (2.81% durante el 2018) mientras que el promedio es del 9%, lo que implica que sólo el 52 por ciento de los gastos son financiados por el gobierno cuando el promedio de protección financiera en servicios de salud en la OCDE es de 73 por ciento, además de tener cifras bajas en cuanto a personal en comparación con los demás países (2.2 médicos y 2.8 enfermeras y/o enfermeros por cada mil habitantes) (González, 2019).

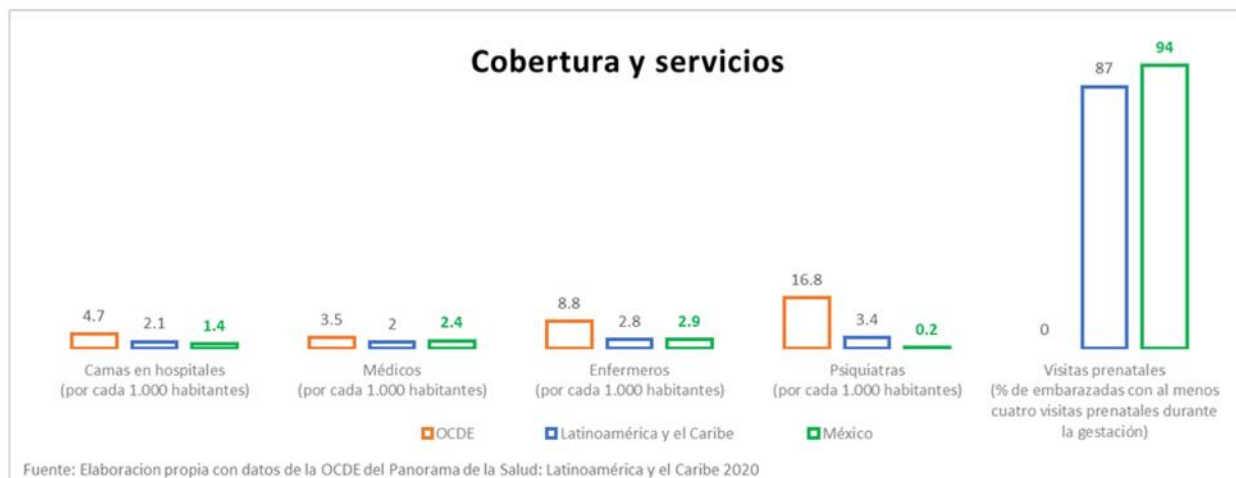
Los datos anteriores muestran la precariedad del sistema de salud en México y si a esto se le agrega las cifras de pobreza, marginación, desempleo que impactan a la mayoría de la población que no cuenta con los recursos para atender enfermedades. Desde su fundación, el INSABI se planteó como objetivo atender a 64 millones de personas en el país que aún no cuentan con seguridad social.

Antes de la pandemia, en el 2019, en un día normal de actividades, el sistema de salud en México llevaba a cabo más de 1 millón de consultas médicas en el país, 94 mil servicios de urgencias, aproximadamente 5,400 partos, 16 mil hospitalizaciones y aproximadamente 10 mil cirugías. Por otra parte, no se cuenta con el suficiente personal médico, se carece de insumos médicos para una atención adecuada, existe una sobre explotación laboral, ya que en ocasiones los médicos y enfermeras tienen que trabajar jornadas extensas sin descanso (Hernández, 2019).

A dos años de la epidemia de la COVID-19, quedó demostrado la precaria situación del sistema de salud mexicano, ya que no ha habido avances en esta materia. Por otra parte, es notorio que el INSABI no cuenta con los recursos suficientes para apoyar a la población y mucho menos para mejorar las condiciones laborales del personal de salud.

En un estudio realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), menciona que en su mayoría los países de Latinoamérica y el Caribe tienen un sistema de salud que no cubre los requerimientos de la población con altos índices de necesidades por cubrir. Sin embargo, en este estudio se destaca que México "...presenta mejores niveles que el promedio de los 33 países de la región de Latinoamérica y el Caribe, pero no así de los niveles de la OCDE (36 países). (Velázquez, 2020).

A continuación, se presenta en la gráfica 1 la cobertura según la OCDE de los servicios en temas de salud en México en comparación con Latinoamérica y el Caribe.

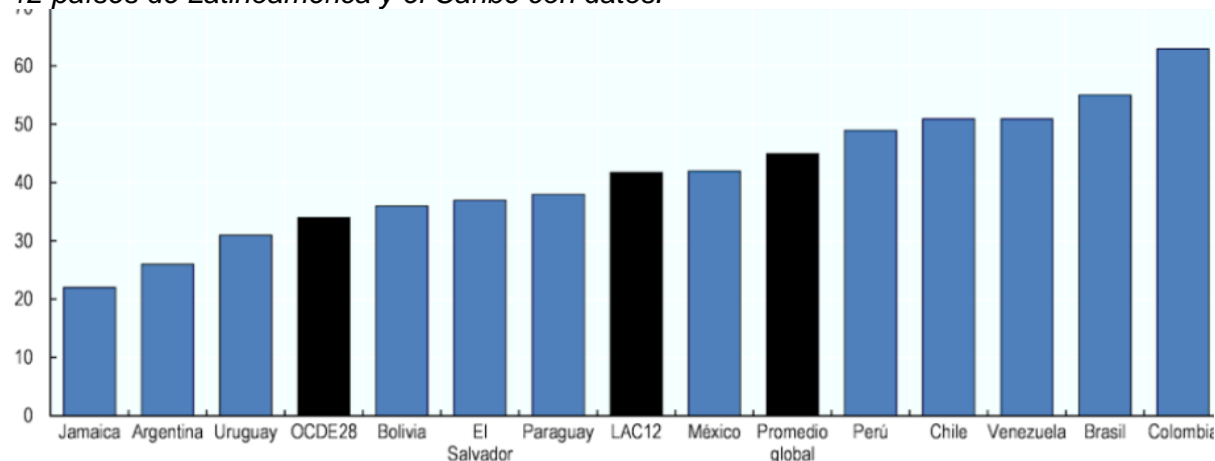
Gráfico 1:*Escenario de la Salud en América Latina 2020*

Nota: tomado de Velázquez, M. (2020, 17 de junio). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. <https://n9.cl/p4naw>

Los usuarios de los servicios de salud en México consideran que la corrupción en una condicionante para la mala calidad del servicio. Este aspecto se ve reflejado en la información de Transparencia Internacional, donde "...el 42% de la población mexicana considera que el sector salud es corrupto o muy corrupto, misma proporción para la región de Latinoamérica y el Caribe, pero superior a la de los países de la OCDE (34%)” (Velázquez,2020). Esto se ve reflejado en la gráfica 2.

Gráfico 2:

Porcentaje de la población que considera que el sector salud es corrupto o muy corrupto en 12 países de Latinoamérica y el Caribe con datos.



Nota: El promedio global incluye 103 países. El promedio de la OCDE y LAC incluye 28 y 12 países, respectivamente.

Fuente: Velázquez, M. (2020, 17 de junio). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. <https://n9.cl/p4naw>

Darle solución al sistema de Salud es muy complicado de lograr, por lo menos en México, aunque el sistema político mexicano cuenta con organismos que vigilan la transparencia de las instituciones de Salud como el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), la

Secretaría de Salud, el Sistema Nacional Anticorrupción, lograr que el sector Salud trabaje y se organice para beneficio de la población más necesitada.

La migración es, por tanto, una situación compleja para las personas que buscan mejorar su calidad de vida, dejando su país de origen para trasladarse a otro que le ofrezca mejores condiciones económicas para mejorar su situación y la de sus familias, sin embargo, esta condición de migrante puede situar a las personas en circunstancias que pueden afectar su bienestar físico y mental.

Las condiciones relacionadas con el proceso migratorio de tránsito por México, principalmente del conocido "Triángulo norte" de Centroamérica (Guatemala, Honduras y el Salvador) pueden incrementar la vulnerabilidad a las enfermedades debido a múltiples contagios y a la misma condición de salud de las personas. La frontera sur del país, sobre todo la franja fronteriza entre México y Guatemala representa una gran actividad comercial y representa la entrada al camino hacia los Estados Unidos. Sin embargo, las condiciones económicas en las que viajan estas personas, así como los abusos que sufren los obligan a estacionarse en la zona fronteriza, principalmente en el estado de Chiapas, en donde existe una oferta interesante de trabajos temporales en la agricultura y el comercio. (Foro Migraciones, 2005).

En relación con los temas de salud de las personas migrantes, se debe considerar el país de origen, los riesgos que sufrieron durante su trayecto y llegada a México, los cambios climáticos, la alimentación, el acceso a los servicios de salud inexistentes en el país para ellos. Existen diversas enfermedades que son consideradas como factores de riesgo entre los migrantes en tránsito, ya que son considerados como un factor de propagación de enfermedades como el caso de VIH/SIDA y de enfermedades de transmisión sexual en general debido a que en su trayecto existe un alto consumo de drogas y múltiples parejas sexuales sin protección.

En el año 2011, el flujo migratorio de centroamericanos que transitaban por México se incrementó, pasando al año 2017 de un país de expulsión a un país de tránsito de las migraciones forzadas y deportadas, volviéndose un problema social, debido a la violencia de las autoridades y criminales, sobre todo, en las rutas de tránsito, también debido a las políticas públicas de Estados Unidos y México, que se han encargado de perseguir a este grupo de migrantes irregulares, violentando en todos los aspectos sus derechos humanos. Esta condición refleja en la actualidad una contradicción muy grande entre los tratados internacionales que ha firmado el gobierno mexicano y muestra la falta de control gubernamental para apoyar en una ruta segura y mejores condiciones a los migrantes irregulares en tránsito.

A pesar de las condiciones desfavorables los migrantes centroamericanos, en un importante número, se quedan en México, debido a que no pueden cruzar la frontera hacia Estados Unidos, también debido a su expulsión del país del norte, sin tener recursos para regresar a su país, la falta de conocimiento para buscar centros de apoyo social a migrantes, escaso conocimiento de rutas seguras para llegar a la frontera, entre otros aspectos (Cabrera, 2018).

En Estados Unidos, en el año 2021 endureció sus políticas migratorias y, según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados (ACNUR), indica que 228.115 migrantes en situación irregular, fueron detenidos en México de un total de 1 millón de personas que se vieron obligadas a migrar y que pasaron por México, tan solo en este año, cifra que superó los años 2019 y 2020. Las causas principales han sido la violencia, la extorsión, el reclutamiento en grupos del crimen organizado, la prostitución y, sobre todo, las consecuencias económicas derivadas de la pandemia de la COVID-19.

Por otra parte, según la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los artículos 4º y 8º se establece que la protección a la salud es un derecho garantizado para todas las personas. Asimismo, en el artículo 7º de la Ley de Migración establece que se debe garantizar los servicios de salud para los migrantes. México es un país de tránsito de miles de personas que pasan por el territorio nacional provenientes de Latinoamérica y el Caribe, principalmente del triángulo norte, Guatemala, Honduras y el Salvador. Por ello, el actual presidente de México, el Lic. Andrés Manuel López Obrador implementó en el año 2018 el Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante cuyo objetivo es brindar servicios de salud de primer contacto a la población migrante de tránsito por el territorio mexicano, incluyendo atención psicológica, servicios de urgencia, atención hospitalaria, terapias de rehabilitación, sin importar la condición migratoria. “Téngase en cuenta que, el consenso, la coordinación y el compromiso regional son aspectos claves para el fortalecimiento y aplicación de leyes y reglamentos en relación con el proceso migratorio” (Morales, 2018, p. 1)

Mapa 1:

Rutas de migrantes en territorio mexicano



Nota: Plan integral de Atención a la Salud de población migrante. (s.f). Consultado el 17 de mayo de 2022) <https://n9.cl/5y9e2>

Durante la pandemia de la COVID-19 se implementó en el 2020 el Plan Operativo de Atención a la Población Migrante ante COVID-19 cuya base de acción consistió en las siguientes acciones:

- Implementación de acciones preventivas en casas, albergues y refugios para migrantes.
- Mecanismos de notificación a la autoridad de salud y verificación del evento.

-
- Acciones de atención y seguimiento de casos sospechosos, confirmados y contactos.
 - Instalación de un centro de aislamiento.
 - Hospitales de referencia para atención de COVID-19.
 - Sistema de información.
 - Abasto de insumos para la prevención y protección personal.
 - Vinculación con la autoridad de salud local y jurisdiccional (Gobierno de México, 2020).

Este plan tuvo difusión en las fronteras sur y norte del país, sin embargo, en las rutas de tránsito no tuvo promoción. A la fecha, mayo de 2022 se desconoce si sigue vigente este servicio y el impacto que tuvo durante los momentos más difíciles de la pandemia, cuando el sistema de salud en México estuvo colapsado y se mostró la deficiencia del sistema.

CONCLUSIONES

La migración internacional, a nivel mundial, es una realidad que las naciones deben de atender dentro de su planeación estratégica, debido a que conlleva una serie de problemáticas a considerar dentro de los territorios receptores, y la temática de la salud es un derecho innegable que se debe garantizar.

En el caso de México, los movimientos migratorios, principalmente de ciudadanos de Centroamérica, han sido una constante a lo largo de los siglos XX y XXI, debido a que el país es el paso obligado de migrantes para llegar a Estados Unidos en busca de mejores condiciones laborales para el migrante y sus familias.

No obstante, aunque México considera dentro de su Constitución Política y la Ley de Migración el derecho a la protección de la salud los programas de la gestión gubernamental 2018-2024 de salud enfocados a los migrantes en tránsito en el territorio nacional se encuentran en condiciones precarias en el sentido estricto de su falta de implementación a lo largo del territorio nacional, así como del escaso apoyo de las entidades federativas para enfrentar la implementación de los servicios de salud nacionales y estatales para este sector vulnerable, aunado a la carencia de recursos en el sector salud para ampliar sus servicios para esta población marginada.

En el presente trabajo se abordaron algunos de los programas de Salud que se encuentran vigentes y el contexto en el que operan en el caso de México, como es el caso del Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante cuyo objetivo es brindar servicios de salud de primer contacto a la población migrante de tránsito por el territorio mexicano, incluyendo atención psicológica, servicios de urgencia, atención hospitalaria, terapias de rehabilitación, sin importar la condición migratoria, Este Plan es uno de los más actuales, sin embargo carece de una implementación y operación eficiente, muestra de ellos es que en muchos de los municipios que forman los Estados de la República Mexicana, no es difundido y por ende se carece de un total desconocimiento para llevarlo a cabo. Con la pandemia de la COVID-19, las cifras de migrantes en tránsito por este país aumentaron considerablemente y el colapso de las instituciones de salud para atender a los nacionales también afectó la atención para los migrantes en tránsito por las rutas que ya son conocidas para llegar a los Estados Unidos, lo anterior es una total violación a lo que dicta la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, R. (2011). Migración de menores de edad, Estados Unidos-México en el periodo 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.
- Arizpe, L. (2007). Migración mexicana, interacción cultural, en Cabrera, Enriqueta (Comp.) (2008). Desafíos de la migración. Saldos de la relación México-Estados Unidos, Editorial Planeta Mexicana, México, pp. 89-108.
- BID (2020), Políticas sociales en respuesta al coronavirus. La migración en América Latina y el Caribe ante el impacto del coronavirus. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Blanco, H. y Maya, J. (eds.) (2013). Fundamentos de salud pública, tomo II Administración de la salud pública, 1ª. Edición, Medellín.
- Cabrera, H. (2018, 14 de diciembre). Migración centroamericana en México. <https://n9.cl/1r84e>
- Calderón Chelius, L. (2010). Las coordenadas centrales para acercarse al estudio de la migración internacional en México, pp. 13-38, en Sánchez Gavi, José Luis y Ortega Ramírez, Adriana Sletza (Coordinadores) (2010). Migración México-Estados Unidos. Textos introductorios, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, México, pp. 311.
- Campa, M. (2017, 30 de mayo). La Salud Pública en México: Orígenes. <https://n9.cl/mlsyy>
- CEPAL (2019), Hacia un nuevo estilo de desarrollo. Plan de Desarrollo Integral El Salvador-Guatemala-Honduras-México. Diagnóstico, áreas de oportunidad y recomendaciones de la CEPAL, Ciudad de México, CEPAL.
- Cepeda, Y. (2019). La participación ciudadana dentro del ciclo de las Políticas Públicas migratorias en el ámbito local. Estudio de caso: Municipio de Cuautlancingo, Puebla, Academia Journals - Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Puebla (CONCYTEP), ISSN 2644-0903, Vol. 1, No. 1, 2019, pp. 187. <https://n9.cl/dnrq1>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º y 8º. Consultado el 16 de mayo de 2022. <https://n9.cl/c8yb1>
- Castillo-Bustos, M. R. (2021). Técnicas e instrumentos para recoger datos del hecho social educativo. Retos de la Ciencia. 5(10), pp. 50-61. <https://doi.org/10.53877/rc.5.10.20210101.05>
- Donato, Katharine et al (2010), "Migration in the Americas: Mexico and Latin America in Comparative Context", Annals of the American Academy of Political and Social Science, Vol. 630, No.1, pp 6-17.
- Durand, J. y Massey, D. (2003). Clandestinos: Migración México-Estados Unidos en los albores del siglo XXI, Miguel Ángel Porrúa, México, DF.
- El Colegio de la Frontera Norte (2020a), "Personas migrantes en Tijuana frente al COVID-19: Impactos y consecuencias de las medidas sanitarias desde la perspectiva de los actores", Documentos de contingencia 8, COLEF.
- Foro Migraciones, Informe Alternativo México: Presentado al comité de derechos de trabajadores migratorios de las Naciones Unidas, 2005).

- Franco Sánchez, L. (2012). Migración y remesas en la Ciudad de Ixmiquilpan, Fondo Editorial de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Hidalgo, pp. 165.
- García-Roco Pérez, O., Castañeda-González, N., Pérez-González, Z., & Labrada-Iribarren, H. (2002). La Salud Pública en América Latina y El Caribe. *Humanidades Médicas*, 2(2). pp. 10-20. <https://n9.cl/9h2qt>
- Gobierno de México. (2020). Plan Operativo de Atención a la Población Migrante ante COVID-19. <https://n9.cl/9avs7>
- Gobierno de México. (s.f.). Instituto de Salud para el Bienestar. Consultado el 18 de mayo de 2022. <https://n9.cl/9t0s6>
- Gómez, D., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública*, México.
- Gómez, J. (2010). La migración internacional: teorías y enfoques, una mirada actual, en *Semestre Económico*, Volúmen 13, número 26, pp. 81-100.
- González, S. (5 de mayo de 2022). Obesidad y diabetes, principales retos en salud para México: OCDE. *La jornada*. <https://n9.cl/xeoj8>
- Hernández, A. (31 de diciembre 2019). Desaparece el Seguro Popular y llega INSABI para dar atención de salud gratuita. *NotiPress*. <https://n9.cl/kf985>
- Ley de migración, artículo 7º. Consultado el 12 de mayo de 2022. <https://n9.cl/1umx5>
- Organización Internacional para las Migraciones (2022). Términos fundamentales sobre migración. Consultado el 30 de abril de 2022. <https://www.iom.int/es/>
- Morales Castillo, Geovanny Paúl. (2018). Normativa legal de la migración en Ecuador. *Retos de la Ciencia*, 2(2), pp. 155-164.
- Plan integral de Atención a la Salud de población migrante. (s.f.). Consultado el 17 de mayo de 2022. <https://n9.cl/5y9e2>
- Reina, E. (1 de octubre de 2020). La Pandemia no frena a una nueva caravana de migrantes centroamericanos. *El País*. <https://n9.cl/e8nrk>
- Roses, M. (2017). Un siglo de Salud Pública en las Américas. Consultado el 8 de mayo de 2022. <https://n9.cl/wprku>
- Sánchez-Torres, Diana (2015), Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 55, núm. 1, pp. 82-89.
- Secretaría de Gobernación (2020). Protocolo de actuación para la prevención y atención de casos sospechosos y confirmados de COVID-19 en las Estaciones Migratorias y Estancias Provisionales del Instituto Nacional de Migración. México. Secretaría de Gobernación.
- Ureste, Manu (15 de octubre de 2020). Pese a contagios, no se hacen pruebas COVID a migrantes, denuncian OSC; “cumplimos con medidas”, dice INM. *Animal Político*. <https://n9.cl/v1gkp>
- Velázquez, M. (2020, 17 de junio). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. <https://n9.cl/p4naw>
- Vergara, Rosalía (1 de octubre de 2020). El INM amaga con cárcel si caravana migrante ingresa a México sin medidas sanitarias. *Proceso*. <https://n9.cl/lu01n>